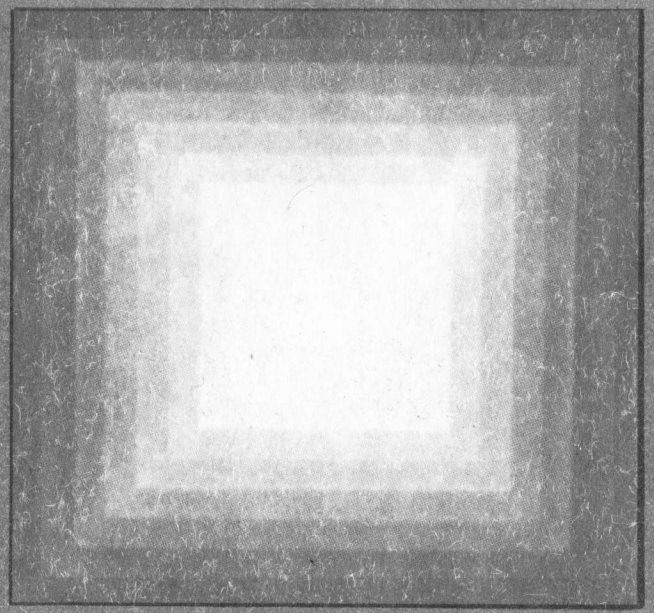
D. DUMITRAȘCU

MEDICINA ÎNTRE MIRACOL ȘI DEZAMĂGIRE



DACIA

LAUS MEDICINAE

S-au rostit destule apologii și detractări la adresa medicinii, destule elogii și invective — medicului. O privire globală, cu intenții axiologice, ar putea fi făcută și dinspre soare și dinspre umbră. Medicina este în definitiv o bucățică de umanitate. Slujitorii ei, tot oameni, nici ființe ale paradisului celest și nici arhangheli căzuți. O meditație despre preasfînta și preaomeneasca bătălie pentru sănătate și viață nu poate începe decît cu invocarea puterii omului. „Căci de om e vorba, și de-nnoirea lui", cum cîntă Saint John Perse, atunci cînd evocă noua vîrstă a pămîntului și „mărirea ochiului la cele mai adînci mari vînturi lăuntrice". De ce oare a asemănat George Călinescu pe om cu pomul?: „Omul este îndreptat cu capul spre bolta cerească, descoperind adevăratul centru al lumii noastre, care este soarele. Numai copacul îl imită în această direcție . . ."

Buffon era un optimist spunînd că „omul poate și trebuie să îndrăznească totul". Doar știm că îndrăzneala nu este destul, mai e nevoie și de reușită. Și totuși omul a riscat și va continua să riște, plătindu-și conștient îndrăzneala și riscul. Eșecurile lui, în cîmpul medicinii, îmbracă haina suferinței și morții, iată de ce medicul este străbătut de tragicul condiției sale; discrepanța dintre ce vrea și ce poate. Un gînditor grec contemporan, Kostas Assimakopoulos găsește această neliniștitoare imagine: „Omul este prea mic, este aproape nimic, însă misiunea omului este foarte mare, este aproape cît universul". Să ne mirăm dar de faptul că „zgomotul de fond din istoria omenirii este un geamăt", cum spune M. Malița? Gîndul se întîlnește aici cu cel al unui estet rafinat ca René Huyghe: „Măreția omului stă în disperarea luciditații sale acceptate și depășite de însăși luciditatea sa". Dezorientat și temător, te închizi și cugeți. Retrăiești

emoția plină de tărie a versurilor lui Rilke: „... Dar cărturarul? ... tace acum părăsit pe munții din suflet. Acolo umblă singur, în sfîntă știință de sine".

Pe un cilindru de sardonix babilonian se poate vedea un bolnav care face o libație în fața copacului sfînt, sub discul înaripat al soarelui. Un basorelief prezintă pe un paralitic cu piciorul atrofiat, rugîndu-se zeiței dătătoare de sănătate. Muzeele Greciei sînt pline de sculpturi care înfățișează ofrande aduse zeului vindecător și gesturi de implorare. Vindecarea era privită drept un act supranatural, ca și boala, și răspundea unui act de credință. Marele medic egiptean Imhotep, personaj real, care a trăit în cursul dinastiei a treia, a fost zeificat: ca tămăduitor, înțelept și scrib. S-a ridicat astfel alături de cele trei zeități vindecătoare de demult, Isis, Osiris și Thot. Asclepios, fiul lui Apollo și al unei ființe pămîntești, Coronis, discipol întru vindecarea bolii al centaurului Chiron, a fost făcut de lumea recunoscătoare semizeu și apoi zeu deplin. A îndrăznit însă să schimbe destinul oamenilor, înviind morții și Zeus, ofensat, i-a zvîrlit trăsnetul său aducător de moarte. Nu uităm că marele Zamolxis al Dacilor, era un zeu vindecător și că elevii lui au germinat însăși medicina elină. Hipocrate însuși a fost făcut nemuritor prin prelungirea operei sale scrise timp de sute de ani după ce el murise. Bisericile din Țara Românească mai păstrează imaginea lui printre filosofii greci sanctificați prin educația bizantină.

Iliada lui Homer cuprinde una din apologiile cele mai vibrante, în vorbe puține: „Face cît oameni mai mulți, cel care vindecă oameni". Epopeea reține și unele detalii expresive din felul de a proceda al medicului de atunci, ca și părerea unora dintre marii eroi ai războiului troian despre el: „Vraciul va ști de-a ta rană și pune-va leacul ce-alină cele mai negre dureri" (Agamemnon către Menelau). Într-adevăr, Mahaon, fiul neîntrecutului Asclepios „sîngele-a stors și i-a pus cu pricepere leacuri ușoare".

Să reținem și mai puțin cunoscutul poem al înțeleptului Iisus, fiul lui Sirah, din secolul III î.e.n., care invită „Cinstește pe dohtor mai înainte de a avea nevoie de el, cu cinstea ce i se cuvine ..."

Aceleași îndepărtate vremuri ne-au lăsat însă urme și despre o altă față a monedei cu care se plătea tămă-

duirea bolilor. Codul lui Hamurabi prevedea pedepse foarte aspre pentru medicul care greșea în intervențiile sale. Întrucît casta medicală nu era totuși constituită, se suspectează mai curînd amestecul a tot felul de impostori în îngrijirea sănătății (ca de altfel, totdeauna, în istorie). Ne-o sugerează însuși obiceiul scoaterii în piață al bolnavilor, pentru ca trecătorii ocazionali din așezările babiloniene să-și poată da părerea, în baza experienței lor. Literatura biblică cuprinde un astfel de blestem: *„Incidet in manus medici"* („să cadă în mîna doftorului"), ca pedeapsă față de păcatul necredinței. Putem presupune că pedeapsa era de fapt boala, care impunea solicitarea îngrijirii.

Polemicile literare înfloresc în Elada, cum găsim de pildă și la Aristofan. Ce să credem însă, cînd un Heraclit scrie: „Medicii, după ce taie și ard pe bolnavi în toate părțile și-i chinuiesc grozav, mai cer pe deasupra și plată de la ei fără să merite". Se născuseră medicii profesioniști, marele Hipocrate fiind unul dintre aceștia, care acorda asistență itinerant, din cetate în cetate, și care a rămas în istorie ca primul care a organizat și o școală de medicină cu plată. Se confruntau în mers două păreri. Chiar și Platon aruncă (în „Republica") o piatră asupra medicinii modeste din timpul său: „Medicina a devenit o metodă de cultivare a bolii". Să fi fost chiar așa? Remediile erau puține și natura era de fapt cea căreia i se încredința în cele mai multe cazuri procesul de vindecare, excepție făcînd plăgile și unele boli de mică chirurgie. Persiflarea ia uneori alură mai violentă, ca într-o piesă de Filimon: „Medicul e tare bolnav cînd toată lumea e sănătoasă". Dar ce mai putem spune, cînd Plinius cel Bătrîn se plînge în „Istoria naturală" că „medicii sînt singurii care pot săvîrși nepedepsiți un omor". Să o luăm drept avertisment și invitație la cultivarea conștiinței profesionale, pentru că, într-adevăr, riscul există, circumstanțele îl îngăduie, ceea ce explică și cenzura strînsă care s-a constituit în timp. Mai puțin verosimilă este o altă aserțiune, din același opus: *„Discunt (medici) periculis nostris, et experimenta per mortes agunt"* („medicii învață pe riscul nostru și fac experiențe cu prețul unor morți"). Era perioada „încercărilor" terapeutice, cînd ma-

teria medica era extrem de simplă și ineficace. Experimentul veritabil era departe de a se naște.

Medicina antică — „cea mai nobilă dintre arte", în caracterizarea lui Hipocrate — a izbutit un gest prometeic, ea a răpit zeilor puterea, înfruntîndu-i și luptînd cu suferința pe care ei o împrăștiau asupra omenirii, smulgîndu-le, cînd se putea, chiar viețile care erau așteptate dincolo de Styx. Medicina a fost laicizată, umanizată. Se găsea însă abia în germene, puterea omului era încă mică, dragostea de om era mare. Într-un domeniu atît de vital, nu puteau însă lipsi nici încercările naive, spontane la început, mai tîrziu deliberate, care au atras de pe atunci o armată de tămăduitori mai mult sau mai puțin nepricepuți, de veleitari cu bună credință și de șarlatani patenți.

Evul mediu va cunoaște o decădere penibilă a științei și practicii medicale. Nivelul teoretic și metodologic a rămas cel antic, vehiculat prin marii medici arabi și cu deosebire prin Galen, care adusese la Roma experiența greacă. Dogmatismul acesta va stărui timp de secole. Creștinizarea Europei favorizează reîmpletirea religiei cu medicina, templele și preoții de odinioară, („sacerdoții"), sînt substituite acum de mănăstiri și călugării-medici. O laudă a medicinii acestui ev ar fi greu de rostit, defăimarea ei se găsește mult mai la îndemînă. Greșeli au fost destule, izvorîte mai cu seamă din necunoaștere. Nu știm cum, de exemplu, de la modul neagresiv și „aseptic" de îngrijire a rănilor — cum apare în textele homerice și biblice — se trece la arderea lor cu fierul roșu sau la opărirea cu ulei clocotit, veritabilă tortură, grevată de fatale supurații în țesuturile necrozate. Doctori buni au existat însă, nu prea mulți, de unde căutarea lor și lupta pentru a fi atrași la „curțile" potentaților vremii. La noi, Antim Ivireanu laudă pe „doftorii cei desăvîrșiți și înțelepți", dar disprețuiește pe cei care nu știu „a vindeca ranele". El cunoștea strădaniile pentru descoperirea de leacuri specifice, pentru că spunea: „sînt boale de multe feliuri și nu se pot vindeca tot cu un feliu de doftorii".

* * *

În contrast cu insuficiența medicinii medievale, pompa exterioară se dezvoltase disproporționat. Constituirea primelor universități a generat spectacolul solemn al învestiturii, care păstra ceva din strălucirea Romei Imperiale, o strălucire în care aurul era de multe ori doar un metal vulgar „suflat ușurel". Împăratul Augustus acordase medicilor săi inele de aur, ca semn al înnobilării lor. Universitățile de acum continuă să-l remită și ele: *„Accipe annulum aureum nobilitatis, ab Augusto et Senatus Romano medicis concesso"* („primește inelul de aur, semnul nobleței, pe care August și senatul roman l-au acordat medicilor"). Se acorda cu același prilej „cartea", simbol al învățăturii și științei. Casa doctorului va avea de acum o mobilă nouă, lada cu cărți. Singură, prezența ei arăta că stăpînul „topise multe făclii asupra cărților filosofești", cum spunea Cantemir (cf. N. Vătămanu, 1974). Așa s-a ajuns ca în însemnarea averii rămase la 12 iunie 1794 de pe urma răposatului „Fîrțog doftorul", cum i se zicea clucerului Ghiorgache Sculida, sînt trecute și „vivlii în două cufere".

Criza de medicină era paroxistică. Nu puteau fi nicicum suficiente măsuri ca aceasta, difuzată de Școala din Salerno (sec. XII): „De medici de ai lipsă, să-ți fie ție medici / Doar tihna, voioșia, regimul cumpătat". Se vor înmulți convulsiile căutării. Și, nelipsit, multe greșeli s-au putut produce. Am putea parafraza pe Mme. Roland, cu al său „O, liberté...", spunînd: „O, sănătate, cîte absurdități se comit în numele tău!"

Apar figurile Renașterii, elogiul nostru are de acum prilej să se însuflețească. Mari personalități medicale rup totodată zăgazurile strîmte ale gîndirii, contribuind la eliberarea spiritului. Orientarea lor umanistă asigură mersul sigur spre o medicină eficientă, care să-și merite numele. Paracelsus se înalță triumfător, izbind în vechile deprinderi și inducînd seisme în mințile ruginite prin dogmă și sufletele amorțite prin rutină ale medicilor timpului. El perorează cu multă căldură: „Fiecare medic poartă cu el inima (...); aceasta este inima lui firească și justificarea lui, căci mai valoroasă decît arta medicului este dragostea lui de oameni". El e medic și alchimist

astfel că va dezvolta mult iatrochimia, pornind de la convingerea că „rostul chimiei nu este fabricarea aurului și căutarea pietrei filosofale, ci crearea mijloacelor de vindecare a oamenilor suferinzi". Noul sistem de medicină pe care îl promovează stă pe patru pilaștri: filosofia, astronomia, alchimia și cinstea medicului. Cochetăria lui cu magia nu-l blamează, îi dezvăluie numai drama: personalitate uriașă la intersecția a două lumi.

Rosemarie Schuder, în romanul său despre Paracelsus, lasă să se exprime următoarele cuvinte: „Mi-e rușine de proasta faimă a medicinei din zilele noastre. Călăul, proprietarul de tractir, hingherul, vinde pe bani buni grăsime de om și grăsime de cîine. Care e prescrisă de medici și comercializată prin farmacii. Cine are bani mulți, are renumele de a fi un medic bun. Își vînd și sufletul ca să-și împodobească casa și grădina. Și-și fac socoteala, cînd merg la un bolnav: o vizită — un galben. Pe drept cîștigat, sau pe nedrept. Nu le e milă de bolnav. Umblă împodobiți ca icoanele, prostindu-i pe bolnavi". Este, desigur, literatură. E verosimilă? S-au făcut mulți bani vînzîndu-se cele mai năstrușnice medicamente, preparate pe scară largă, de oficine renumite din Veneția sau Montpellier, care — depășite de cerere — au ajuns ușor să substituie cu anodine prafuri, mai la îndemînă, leacuri de o simbolică străveche, cum era „praful de mumie adevărată egipteană", „praful de corn de Inorog", „teriaca", „praful de lună" ș.a.

Unii din marii gînditori ai Renașterii se opresc asupra racilelor din medicină, înfierîndu-le nemilos, cu gîndul la lumea nouă care sta să vină. Erasm de Rotterdam, în „Elogiul nebuniei", are un astfel de paragraf: „și-n meseria asta (e vorba de medici) cu cît e unul mai ignorant, mai îndrăzneț și mai repezit, cu atît are trecere mai mare la grangurii aceia de sus, căci medicina, cum se practică mai ales de către cei mai mulți, nu-i altceva decît o părticică din lingușire, nu mai puțin, de bună seamă, decît retorica". În ce-l privește pe Francis Bacon, după ce s-a ostenit să arate fața din umbră a unor aștri ca Hipocrate, Galen, Paracelsus, se oprește asupra practicienilor din timpul său. Își încadrează critica într-o justificată evaluare de ansamblu a epocii: „Cunoștințele de care dispune azi neamul omenesc nu-i pot da un simț

adînc nici despre ce sînt lucrurile, nici cît sînt ele de măreție". Impută medicilor de a susține că „numeroase boli ar fi incurabile, iar în tratamentul altora săvîrșesc îndelungate greșeli și sfîrșesc prin a-l părăsi (pe bolnav) din lipsă de mijloace". Pe alchimiști îi vede „îmbătrînind și omorîndu-se ca să dovedească rezultatele divagațiilor lor".

Limitele medicinii sînt limitele umanității, pentru că ea îi aparține. A și fost definită ca antropologie aplicată la conservarea și recuperarea sănătății. Științele nu trăiesc izolat și nu se dezvoltă pe seama lor singure. Chamfort medita: „Filosofia, ca și medicina, dispune de multe droguri ,foarte puține leacuri bune și aproape de nici un fel de medicament pentru uzul curent". Sîntem în secolul al XVIII-lea Medicina științifică începea să se nască, alături de celelalte discipline și în plină confruntare de idei teoretice. Empirismul și inducționismul baconian, de o parte, raționalismul cartezian, criticismul kantian etc. au impulsionat cunoașterea. Descoperirile se țin lanț. Istoria civilizației reține multe figuri de medici înscriși în lupta pentru cucerirea naturii. Fiecare își merită elogiul său. Mulți și-au zidit propria viață la temelia descoperirii pe care au oferit-o, generos, omenirii. Cuvîntul „sacrificiu" ar putea fi de multe ori rostit în legătură cu această armată devotată și entuziastă care a pus bazele medicinii de care ne bucurăm astăzi. Toți marii medici s-au dovedit și mari gînditori, mari oameni, care au selectat și vehiculat posterității valori umaniste din cele mai de preț.

Pasteur era chimist dar, prin cercetările sale cele mai importante, a fost pe deplin asimilat de medicină. El spunea: „Nu te întreb nici de nume, nici de rasă, nici de religia ta, te întreb care îți este suferința". Cînd s-a angajat să facă cercetări pe un vas contaminat cu febră galbenă, la Bordeaux, un prieten îl întreabă: „Nu e periculos?" Răspunsul a fost scurt: „Și datoria?" Claude Bernard, fundamentînd cercetarea științifică experimentală, spunea: „Medicina inertă, este oare medicină? Nu, adevărata medicină este cea care acționează pentru a opri răul". Lui îi datorăm acea definiție „desacralizată", „pentru noi, medicina nu e nici o Artă și nici o Știință, e o profesie ca Agricultura". Milita pentru stabilirea unui

statut mai ferm într-o activitate care, din păcate, continua să rămînă, „un amestec de tot felul de lucruri". Maestrul său, Magendie, utilizase altă expresie în critica pe care o făcuse, la timpul său: „Dacă s-ar goni medicii de la Hôtel-Dieu, mortalitatea ar fi poate mai mică". Imperativul cunoașterii științifice a convins pe toată lumea. Naunyn, la sfîrșitul secolului trecut, avertiza: „Medicina trebuie să fie o știință a naturii sau nu va fi".

Treptele progresului au fost însă urcate greu, în timp mult, și cercetătorii și-au purtat de la unul la altul făclia cunoașterii. Un singur exemplu: anestezia și analgezia. Durerea a fost markerul principal al suferinței. Amploarea ei a atins însă limite de nesuportat în chirurgie. Problema evitării acestei dureri legate de actul terapeutic părea insolubilă, ca un blestem: „vei fi operat în dureri!" Velpeau scria în 1839: „A evita durerea în operații este o himeră care nu-i permis să fie urmărită astăzi". Și totuși . . .

Pe la 1540, Paracelsus și Valerius Cordus combină și distilează „nitrolul zaharat", care va fi numit mai tîrziu „eter" de Frobenius. La 1772 Joseph Priestley sintetizează protoxidul de azot. La 1817 Wilhelm Sertürner izolează morfina. La 1824 Henry Hill Hickeman realizează prima anestezie experimentală cu gaz carbonic. În 1831 Justus von Liebig, Samuel Guthie și Eugen Souheiran descoperă — independent unul de altul — cloroformul. Premisele materiale se constituiseră, apăruse și prima sugestie de anestezie, pe animal.

Despre eter, Frobenius, care era farmacist, observase că aspirînd cîteva picături apare o stare de euforie, de unde moda răspîndită printre tineri a „partidelor de eter" și a farselor ce și le făceau unii altora. Într-un astfel de context s-a înregistrat întîmplător somnul adînc al unui copil. La rîndul său, protoxidul de azot și-a revelat tot întîmplător proprietățile „hilariante" (de unde numele din epocă) grație imprudenței unui tînăr ucenic farmacist, Humphrey Davy, care îl pregătea într-o cămăruță. Această proprietate, popularizată de el, a creat gazului o trecătoare glorie. Încercări metodice de aplicare a protoxidului de azot ca agent anestezic, au fost făcute ulterior de Hickman, la Ludlow, pe animale. Comunicarea sa de la Royal Society, din Londra, și la Académie Royale

de Médecine din Paris, în 1828, a fost primită cu îndoială și sarcasme. Un prim eșec al cercetării organizate. La 30 mai 1842, dr. Crawford Williamson Long, din Danielsville, Georgia, face prima anestezie cu eter tînărului său prieten, studentul Janes Venable, extrăgîndu-i două tumorete ale gîtului. Primul succes deplin. Cîteva luni mai înainte, William E. Clark, la Rochester, realizase extracții dentare nedureroase tot cu ajutorul eterului.

În decembrie 1844, dentistul american Horace Wells, participînd la o reuniune de „gaz hilariant", constată că unul din participanți nu percepuse durerea legată de o rană a piciorului, produsă atunci. Suspectînd modificarea sensibilității la durere, face un autoexperiment la 11 decembrie același an: își extrage un dinte fără cea mai mică durere. Ignorînd dozele eficace, a eșuat însă ulterior în încercările de a demonstra acest efect al protoxidului de azot. Un fiasco înregistrat cu prilejul unei încercări care se bucurase de mare publicitate, îl scoate iremediabil din circuit și va muri prematur, mizerabil. Un alt dentist, din Boston, Morton, care asistase la încercările nefericite ale lui Wells, aplică eterul cu succes: la 30 septembrie 1846 extrage un dinte muzicianului Eben Frost, fără dureri. Începe să studieze metodic problema, și se bucură de un interes neobișnuit. La 16 octombrie 1846 va aplica metoda sa de anestezie într-o operație acceptată de renumitul dr. Warren de la General Hospital din Boston, eroul fiind tînărul Gilbert Abbott, care prezenta o tumoră a obrazului. Această zi a rămas, prin tradiție, ca o zi aniversară a spitalului. Chirurgul Bigelow a spus, după încheierea cu succes a demonstrației: „Nu, domnilor, nu sîntem victimele unei halucinații . . . Am asistat cu toții la un eveniment capital în analele chirurgiei. Profesia noastră este eliberată pentru totdeauna de oroarea sa". Metoda difuzează și în Europa. Obstetricianul englez J. Y. Simpson aplică procedeul obținînd „nașterea fără dureri". În 1847 se semnalează efectul anestezic al cloroformului și clorurii de etil (Pierre Flourens). În 1853 se înregistrează prima anestezie „à la Reine" (dr. John Snow), cu prilejul nașterii celui de al optulea copil al reginei Victoria. Urmează în continuare, purificarea cocainei (Niemann, 1860), aplicarea cu succes a protoxidului de azot în anestezie (Quincy Colton, 1862), anestezia endotraheală prin traheotomie

(Trendelenburg, 1871), pregătirea preoperatorie cu morfină (Léon Labbé și Félix Guyon, 1872, la recomandarea lui Claude Bernard), sinteza ciclopropanului (Freund, 1882), anestezia corneană cu cocaină (Karl Koller, 1882, la sugestia lui Sigmund Freud), anestezia rahidiană (Dudley Tast și Guido Caglieri, 1894, aplicația înaltă fiind realizată mai tîrziu de Thoma Ionescu), anestezia epidurală (Jean Sicard și Fernand Cathelin, 1901), sinteza procainei (Alfred Einhorn, 1905), utilizarea intravenoasă cu acțiune rapidă a thiopentonalului (John Lundy, 1928), punerea la punct a circuitului închis pentru anestezia cu ciclopropan (Ralph Milton Waters, 1933), anestezia prin refrigerare (Frederik M. Allen, 1942, prin dezvoltarea experienței empirice a marelui chirurg Larrey, din 1812). Să mai adăugăm și anestezia electrică, propusă de Arsène d'Arsonval (1890), dezvoltată apoi de Rabinovitch-Leduc.

Studiind istoria medicinii și meditînd asupra ei, se cuvine să evocăm nenumărate personalități cărora le datorăm recunoștință. Cele mai multe au rămas anonime. Dar medicină înseamnă mai cu seamă frontul imens al practicienilor care și-au închinat viața alinării suferințelor semenilor lor. Explozia tehnico-științifică pe care o trăim, ca și organizarea planetară a sistemului de ocrotire a sănătății, au ridicat noi probleme. Puterile crescînd, au crescut și răspunderile. A fi medic înseamnă astăzi cu mult mai mult decît în perioada interbelică. Eficiența medicinii a sporit, au sporit și riscurile. Progresul în cunoaștere se obține din ce în ce mai greu. Un genetician, Müller, laureat Nobel, se întreba: „Trebuie oare ca noi, geneticienii, să devenim bacteriologi, chimiști, filosofi și fizicieni simultan cu obligația de a fi zoologi și botaniști?". Răspunsul lui e o încurajare: „să sperăm că da". Nu ne mai putem mulțumi cu scepticismul faustic: „Al medicinei spirit lesne-i de cuprins / De la un cap la altul studiez / Înalta lume, mica lume, cum le vezi / Spre a lăsa la urmă într-adins / Să meargă tot cum lui Dumnezeu îi place". Descoperirile sînt destinate tocmai să schimbe cursul lucrurilor. Saltul înregistrat pînă acum ne îngăduie pentru viitor optimismul. Nu mai avem însă viziunea simplificată a epocilor trecute. La început de secol, un renumit profesor, urologul Küster, putea declara la un congres: „Principalul a fost făcut și pentru

posteritate rămîne numai o mică moștenire de împlinit". Acest sentiment nu-l mai avem astăzi, mai curînd modestia și nemulțumirea de a nu fi putut realiza mai mult. Multe din predicțiile făcute cîndva au fost împlinite în termen, prea multe au rămas însă scadente.

Chiar dacă, hipertrofiind limitele și păcatele medicinii, s-au găsit voci care să imagineze demedicalizarea vieții, totul rămîne un joc al spiritului. Un recviem pentru medicină nu vom avea prilejul să auzim. *Medicina perennis!* În țara noastră ea se bucură de prețuirea de care are nevoie pentru a-și putea îndeplini menirea: „Medicina este într-adevăr o profesie, dar nu o profesie ca toate celelalte. Ea cere nu numai pricepere, ci și multă dragoste pentru om, multă omenie, pasiunea de a te dedica sănătății oamenilor" (Nicolae Ceaușescu).

Omul e prea fragil spre a-și permite să se lase înfrînt de boală. Viața lui e prea scurtă spre a-și îngădui să uite de moarte. Sensul existenței noastre e prea înalt pentru a avea dreptul să-l ignorăm. Viața ne-a fost dată, nici n-am cerut-o și nici n-am ales-o. Existența ne aparține însă nouă. Sănătatea o reclamăm de aceea din toate puterile noastre. Medicina este cea care ne stă alături. Un cuvînt cald de recunoștință nu poate fi prea mult.

*
* *

Să lăsăm să cînte poeții. Ei au salvat valori fără număr ale umanității, pentru că le-au purtat în înalt, cu gîndul lor...

O lacrimă a lui Emil Isac: „A murit doctorul bun (...) Cîtă răutate a trebuit să aibă lumea, ca să fie atît de bun. Cîte nopți nedormite ale lui se plimbă în carnea tînără a femeilor, care au uitat să-l deplîngă! De cîte ori, a trebuit să-i bată inima mai tare, ca să ajungă în urma durerilor și cîte mîini reci au spus adio vieții prin mîinile lui calde! Cîte dureri a putut zdrobi cu taina cunoștinței..."

Un vis al lui Nichita Stănescu: „Trebuie să ai un suflet cu totul și cu totul deosebit să poți să fii mamă propriilor părinți și să poți să învingi invincibila armadă a suferinței umane, oferindu-i o furtună de înțeles uman

(...) De cînd eram mic (...) mă visam ca pe un cavaler rătăcitor pe un cal, cu o rană în piept și prăbușindu-mă în iarbă (...) Miresele durerii sînt zînele în alb, trecînd sau rămînînd la capul bolnavului. E o muncă abstractă. E o nuntă care foarte rareori spre niciodată se sfîrșește cu moartea".

Un omagiu adus lui Iuliu Hatieganu de Tudor Arghezi: „Dintre profesori, celebrități, doftori, medicamente și borcane, sufletul meu e lîngă Domnia Voastră" (pe o ilustrată din Geneva, 1957). Cu o lună mai înainte îi scrisese pe o carte: „Domnului... căruia îi sărută mîinile Tudor Arghezi". Hatieganu era un simbol al Medicinii, al permanențelor ei.

MEDICINA ȘI SĂNĂTATEA

„*Ars Medica*", numită și „*Ars Medendi*", a fost dintotdeauna privită ca un meșteșug al vindecării bolilor. În cartea sa, „Despre vechea medicină", Hipocrate apreciază: „Nevoia i-a făcut pe oameni să caute și să descopere arta medicală, pentru că regulile urmate de cei sănătoși nu se potriveau celor bolnavi". Și tot acolo găsim o caracterizare care ne-ar îngădui să ghicim statutul de atunci al acestei îndeletniciri: „medicina reclamă un examen intens și atent". Înțelegem că este vorba despre diagnostic. În cartea „Despre aer, ape și locuri", același Hipocrate atrage atenția: „Cel ce vrea să studieze cum se cuvine medicina, trebuie să facă următorul lucru: să ia mai întîi seama la anotimpuri și la modul cum pot ele să influențeze (sănătatea)... să aibă în vedere și vînturile... să țină seamă și de însușirea apelor..." El face deci o incursiune în factorii de risc, susceptibili să genereze boala. În alte locuri, vorbește diferențiat despre măsurile de menținere a sănătății și cele destinate redobîndirii ei.

În scrierile de mai tîrziu ale lui Galenus vom găsi un comentariu bogat asupra unei posibile definiții a medicinii. El conspectează o scurtă antologie de formulări. Iată dintre ele: „Medicina este meșteșugul care înlătură suferințele bolnavilor, slăbește bolile cele mai aprige" (după Hipocrate); „Medicina este arta despre cele sănătoase, bolnave sau neutre" (după Herofil); „Arta medicală este aceea care asigură sănătatea"; „Medicina este arta regimului celor sănătoși și a vindecării celor bolnavi". Marele medic-filosof arab Avicenna va reține această dublă sarcină asumată de medicină: „... este arta de a păstra sănătatea și eventual de a vindeca boala".

Orientarea medicinii spre sănătate s-a menținut și chiar dezvoltat în epoca noastră. Se respectau desigur vechi deziderate: „*Salus aegroti suprema lex*", sănătatea bolnavului este legea supremă; „*Summum bonum medi-*

cinae sanitas", sănătatea este bunul cel mai de preț al medicinii; „la omul bolnav, sănătatea de mare preț este, pentru care toate în cumpănă punînd, mai ușoare a fi le socotește" (Dimitrie Cantemir, în Istoria ieroglifică). Un deschizător de drumuri cum a fost Claude Bernard, sublinia că menținerea vieții omului trebuie să fie unicul scop al medicinii. Noi argumente, aceleași concluzii. Lui V. I. Lenin îi datorăm această splendidă maximă: „sănătatea e capitalul cel mai prețios al omului". Alexis Carrel făcea distincția între sănătatea naturală, reflectînd rezistența organismului față de boală, și sănătatea artificială, obținută cu ajutorul medicinii. El aprecia că aceasta nu poate fi suficientă pentru omul modern, pentru că „sănătatea este cu totul altceva decît lipsa de boală". Convingerea a devenit tot mai fermă, „medicul de azi trebuie să cunoască și omul sănătos, nu numai pe cel bolnav", cum atrăgea atenția Iuliu Hatieganu.

Prin impulsul său inițial medicina a urmărit doar să rectifice condiția naturală, combătînd boala. Dacă acest obiectiv nu putea fi atins, s-a mulțumit să ușureze suferința menifestă. Pe măsură ce s-au dezvoltat cunoștințele despre cauzele bolilor, a apărut și veleitatea (sau obligația!) prevenirii lor. Odată cu proliferarea tehnologiei de explorare, care a făcut posibilă depistarea stărilor morbide latente — și chiar a condițiilor premergătoare lor (precancer, prediabet, preinfarct, iminență de...) — actul medical a fost anticipat de obsesia diagnosticului precoce. Conceptul factorilor de risc, specific epocii moderne, bazat pe inventarierea tuturor condițiilor care ar putea fi incriminate în geneza bolii, a adus o adevărată lovitură de șoc strategiei medicale. Mai putem noi să rămînem pasivi la amenințările relevate de experiența directă și de calculele statistice, sau chiar numai de ipotezele noastre? Omul modern nu mai acceptă fatalitatea drobului de sare, ci acționează decis, asigurîndu-și confortul și securitatea. Ba chiar, după lecția veche primită încă de la Alexandru Macedon, nici un nod gordian nu-l mai poate reține din drumul său.

Pe acest fundal a apărut ideea, aparent paradoxală, de „medicină a omului sănătos". Aceasta tinde să se dezvolte ca un nou plan de acțiune, intermediar între cele două strategii clasice: igiena și medicina clinică. Este de

fapt vorba despre un program complex de măsuri destinat menținerii stării de sănătate și implicit, combaterii și eradicării factorilor cu potențial generator de boală. Aria de distribuție a acestora este foarte largă. Ei aparțin atît eredității, cît și mediului. Fiecare aparat și organ, fiecare sistem, își are riscurile sale specifice. Fiecare vîrstă și sex își au potențialul lor morbid maxim. Un astfel de program se află abia în germene, dar avem argumente să nădăjduim că el va constitui principalul corp al medicinii viitorului.

La modul optimal, un astfel de concept presupune cunoașterea principalilor factori generatori de boală, cel puțin pentru afecțiunile mai răspîndite. Operația este destul de avansată însă se găsește departe de încheierea ei. Utilizăm și azi numeroase concepte imprecise; oricare din bolile zise „esențiale", „idiopatice", „criptogenetice", ilustrează insuficiența cunoștințelor noastre. Optica va deveni alta, cu timpul, și șansele noastre de intervenție vor spori.

Diferențiem astăzi trei mari direcții de acțiune ale medicinii: medicina preventivă și ambientală, asistența medicală primară (în teren și servicii de urgență) și asistența medicală secundară (în spitale și instituții de reabilitare). Prioritățile presupun alocații bugetare corespunzătoare. Aici intervin strategiile de politică sanitară. Ceea ce s-a impus ca un mare adevăr, este teza că sănătatea nu poate fi cumpărată doar prin cheltuieli pe medicamente și spitale. De altfel aceasta este și modalitatea cea mai costisitoare, toate părerile converg, profilaxia este mai ieftină, menținerea sănătății costă mult mai puțin decît redobîndirea ei.

Operațional, idealul ar fi combaterea factorilor de risc și evitarea apariției bolii. Ce putem însă face în cazul unei condiționări genetice? O experiență încurajatoare s-a acumulat în legătură cu „consiliul genetic prematrimonial", care urmărește selecția genitorilor. S-au investit eforturi mai ales în legătură cu talasemia (în bazinul mediteranean), și chiar cu unele boli de nutriție ca diabetul zaharat. Ar putea fi însă aplicată o astfel de cenzură a atracției interpersonale în atît de numeroasele boli în care există o anumită condiționare ereditară, dar nu decisivă? Cu siguranță nu. Ingineria genetică și-a pro-

pus la rîndul său corectarea unora din defectele ereditare. Ne găsim în plină „science fiction", nici performanțele și nici riscurile nu ne sînt clare. Embrionul și fătul au devenit un nou pacient. S-a născut medicina produsului de concepție din eprubetă și din cavitatea uterină. Aceasta orientează în practică mai cu seamă spre suprimarea germenilor de viață tarați. Dar, s-au reușit chiar unele microintervenții chirurgicale. Perspectivele nu pot fi de pe acum întrevăzute.

Resurse de acțiune mult mai generoase ne oferă mediul de viață. Factorii ecologici cu risc patogen sînt extrem de numeroși. Stilul de viață, alimentația, condițiile de muncă, poluarea, noxele impuse din afară sau asumate voluntar (tabagism, alcoolism, supramedicație), stresul sînt unele din obiectivele majore. Crește standardul de viață, cresc și factorii de risc, de unde conceptul oarecum nemeritat de „boli ale civilizației". Este vorba în realitate despre bolile care decurg din erori și abuzuri pe care le fac oamenii civilizați. Va accepta omenirea să le evite? Doar respectarea globală a unor prescripții de viață rațională ar permite îndeplinirea acelui nobil proiect de optimizare a vieții. Ar trebui, pentru aceasta, să se revizuiască atitudinea prea răspîndită de neglijare și ignorare a avertismentelor științei.

Supravegherea populațională presupune, la rîndul ei, descoperirea bolilor într-un stadiu latent (preclinic, subclinic). Acest obiectiv pretinde însă un control periodic, cu un calendar bine codificat. Unui astfel de program i s-ar supune grupurile populaționale cu risc crescut pentru o boală dată. Ar funcționa astfel multiple modele de investigație activă, destinate detectării fie bolilor cardiovasculare, fie bolilor digestive, de nutriție, cancerului etc., etc. Screening-ul a devenit o mică zeitate căreia medicina modernă începe să i se închine, o face însă mult prea lipsită de entuziasm și de convingere.

Programele actuale de sănătate cuprind măsuri diverse, verificate anterior prin studii pilot, pe eșantioane limitate. Se impune în continuare extinderea acestora la întreaga populație cu risc. De exemplu, în cardiologie s-au impus ca prioritare hipertensiunea arterială, hiperlipemiile esențiale, coronaropatiile latente. În gastroenterologie: fenotipul ulceros și litogenetic, leziunile cu risc de

cancerizare de la nivelul stomacului și rectocolonului, cronicizarea hepatitelor acute etc. Bolile de nutriție suscită o adevărată vînătoare metodică după diabetul zaharat, iar la noul născut, după aminoacidopatiile cu risc encefalotrop. Oncologia beneficiază probabil în cel mai înalt grad de o strategie medicală activă, bine certificată în formele ușor accesibile detectării, singura perspectivă a recunoașterii cancerului „incipient", „în stadiul zero", „vindecabil". Dispariția infecțiilor pandemice care au făcut ravagii înspăimîntătoare în istorie constituie o demonstrație de putere a medicinii sănătății. O demonstrație convingătoare și tocmai de aceea obligînd la responsabilități mai înalte.

Medicina omului sănătos s-a născut. Trebuie să facem totul pentru a-i precipita dezvoltarea.

În ce privește trăsătura pe care Sartre caută s-o identifice la om — „încăpățînat să se piardă" — s-o luăm ca un simplu avertisment, deși crud.

TREPTELE GENEZEI

Ce salt de la plimbările peripatetice „sub platanii din Cos" ale lui Hipocrate, înconjurat de discipolii săi, la procesul atît de complicat și pretențios prin care se făuresc slujitorii de astăzi ai medicinei. Fiecare societate, fiecare timp, își are medicii pe care îi merită, s-ar putea parafraza. Dar de fapt, fiecare trebuie să-și pregătească medicii de care are nevoie.

Școala medicală s-a constituit dintotdeauna ca o permanență. În timp, s-a perfecționat însă mult metoda și s-a îmbogățit conținutul acestui proces complex. Ucenicia patriarhală din trecut a devenit un sistem bine codificat, bazat pe principiile unei pedagogii științifice și solicitînd în mare măsură talentul și devoțiunea magistrului, o dată cu aptitudinile și perseverența discipolilor. Explozia informațională și tehnică a impus atenției cu deosebire dimensiunea științei. Nu poate fi însă subapreciată cea educativă, specifică îndeosebi etapei de pregătire clinică, etapă care însumează un mare număr de valori. Ele trebuie nu numai transferate, ci integrate structural personalității viitorului medic.

Există unele contradicții în opinia celor introduși în circuitul formativ al învățămîntului medical modern, privind mersul și organizarea lui. Se mai pot întîlni poziții aberante ca aceasta: „Nu este timp să învățăm aici despre valori; noi avem de învățat cum să fim medici competenți". O astfel de vedere limitată și naiv unilateralizantă care ar presupune sciziunea dintre latura „profesională" (tehnico-științifică) și celelalte, n-ar putea fi însă condamnată îndeajuns. Dacă practica rămîne cîmpul cel mai fierbinte în care se făurește omul, atelierul optim pentru pregătirea viitorilor medici este învățămîntul clinic.

Introducerea în procesul atît de dinamic și nuanțat al îngrijirii sănătății presupune exercitarea unor influențe

educative din partea unui mare număr de specialiști, medici, și — deși poate părea surprinzător — din partea bolnavilor înșiși, ca parteneri ai dialogului care se desfășoară. Este esențial să se respecte egalitatea acestor trei factori specifici pentru trinomul pedagogiei medicale: magistru, discipol, bolnav. O. Fodor atrăgea atenția: „Lecția clinică nu este un dialog, este de fapt o discuție în trei: moderatorul, auditorul și cel despre care se discută, care ia partea activă și trebuie să încerce senzația că nu este adus ca „exponat", că în realitate ne ajutăm reciproc la elucidarea unei probleme" (1973).

Educația tehnică reprezintă desigur un obiectiv fundamental. Se disting aici multiple aspecte. Exersarea simțurilor a început din etapa predării propedeuticii medicale, se perfectează în etapa clinică și va continua indefinit, realizînd una din calitățile medicului cu experiență. Pe baza unei cazuistici bogate, se cîștigă abilitatea în a se realiza o anamneză bine condusă și un examen obiectiv complet și exact. Prin stăruință și repetiție, prin corectarea exigentă a erorilor, prin deconspirarea micilor detalii („secretele profesiunii") educatorul își apropie treptat elevii ca performanță. Aceștia se obișnuiesc cu observația — metodă unică pe vremea lui Hipocrate — îmbogățită prin gama variată a explorărilor moderne. De la atitudinea pasivă de observator, se trece la cea activă, reflectată în „testări" și experimente.

Gîndirea clinică a reținut atenția de mult, ea asigurînd integrarea unui ansamblu disparat de informații și adoptarea strategiei optime în diagnostic și tratament. Însușirea ei presupune o educație logică și un exercițiu îndelungat. Unica modalitate este de a gîndi alături de îndrumător, pentru a verifica astfel demersul cognitiv și decizional propriu.

Participînd nemijlocit la asistența medicală, viitorii medici se deprind cu principalele probleme ale profesiei: secvența explorărilor (ierarhizate după simplitate, accesibilitate, agresivitate, fiabilitate, cost, risc), materializarea diagnosticului, alcătuirea planului terapeutic (obiective, mijloace, în funcție de indicații — neindicații — contraindicații, compatibilități — incompatibilități, eficiență — risc etc.), evaluarea rezultatului (cu feed-back reglator și revizuirea eventuală a deciziei). Iată de ce „vizita zilnică

la bolnavi reprezintă un moment central al activității în clinică. Studentul (...) efectuează un exercițiu permanent de gîndire logică, înțelege mersul sistematic al investigației, sesizează valoarea examenelor complementare pentru confirmarea unei ipoteze" (în consemnările lui I. Bruckner și R. Geib, 1968).

Dezvoltarea spiritului științific asigură formarea medicului ca om de știință, chiar dacă nu un cercetător activ, un observator capabil de o explorare riguroasă, bazată pe verificarea informațiilor din unghiuri multiple, analiza lor critică, formularea de concluzii judicioase, puterea de a distinge datele după gradul lor de adevăr (certitudine, probabilitate, posibilitate). Acum se dobîndește nevoia vitală de a se ține pasul cu progresul medicinii. Recepționarea se va face însă totdeauna critic, prin integrarea noțiunilor dobîndite într-un sistem coerent. S-a putut imagina cîndva un pericol în excesul enciclopedic? Alexis Carrel avertizase, surprinzător — s-ar părea — pentru un erudit ca el: „Un număr prea mare de cunoștințe este un obstacol pentru utilizarea lor". O astfel de „toxicomanie" n-ar amenința însă decît spiritele inerte, care acordă interes informației în sine, fără valorificarea lor. Această maladie a minților drogate poate fi însă prevenită.

Un remediu stă în însuși specificul prestației medicale, orientată tocmai spre suprimarea stării morbide. Medicul nu este judecat după ce știe, ci după ce obține prin știința lui. Problema a găsit formulări felurite. Iată, de exemplu: „Se aude adesea spunîndu-se despre clinicile universitare că astăzi formează mai ales savanți care au capul ticsit de noțiuni moderne de fiziopatologie și metabolism și care din această cauză se depărtează tot mai mult de bolnavii lor" (R.-S. Mach, 1971). Sau: „Avalanșa de tipărituri (...) care caracterizează ultimele decenii creează însă un pericol ce trebuie evitat. Sîntem într-o mare de publicații... Multe minți sînt pulverizate, depersonalizate de acest asalt care se vădește astfel nociv..." (S. Purice, 1982).

Formarea filosofică se perfectează admirabil în condițiile activității clinice. Medicul învață să caute substratul material al suferinței și să-i cerceteze cauzalitatea. El adoptă privirea integrativă, care a reluat în epoca modernă viziunea străveche a unității, cea care făcuse faima lui Zamolxis și de la el, a școlii hipocratice. Atitudinea morală a fost totdeauna o cerință fundamentală specifică a pregătirii medicilor. Modelul de acțiune oferit de îndrumătorii lor este decisiv. Climatul unei clinici este condiția primordială pentru opera de educație realizată aici. Acum începe să germineze responsabilitatea medicală. Arta comunicării cu bolnavul, normele limbajului medical — verbal și gestual — respectul și politețea, înțelegerea și căldura, bunătatea și devotamentul, bunăvoința și afecțiunea, sînt valori care se cultivă concomitent cu instruirea propriu-zisă. În practică se învață că statutul eticii medicale nu constituie o abstracțiune ci un program viu, care conduce toate acțiunile și gîndurile medicului.

Toți marii maeștri au rămas în amintirea elevilor lor nu numai — sau nu atît — prin transferul de cunoștințe, cît prin forța lor de convingere în transmiterea supremelor valori. Mai curînd vibrația inimii și crezul umanist au făcut faima lor și nu enciclopedismul erudit, prețuit — desigur — dar implicit. A fi medic, scria și M. Voiculescu (1972), „înseamnă a ști să îngrijești bolnavul, ocupîndu-te de el, cunoscîndu-i toate problemele, nu numai organice, dar și ale vieții sale psihice, ca și problemele sale sociale și economice".

Disputa eticii cu „profesionalismul" și „competența", privite ca valori în sine, tehnice, se poartă de mult și în formulări diferite. Relațiile dintre conștiință și știință sînt însă bine precizate și nu de acum. Un mare dascăl clujean, Vasile Bogrea, avertizase, cu valabilitate și pentru medicină: „Să nu uiți că deasupra talentului și științei este un lucru incomparabil mai mare: conștiința". Ne dăm bine seama că trebuie să existe un schimb intens de sentimente între două persoane, „din care una suferă, se frămîntă, cere ajutor — bolnavul — și alta — medicul — încearcă să-l vindece sau să-l ușureze, în orice caz să-l liniștească" (A. Gun-Sechehaye, 1971). Nu există bolnavi „buni și răi", nici măcar „comozi și dificili", există doar situații distincte care pretind strategii pe măsura lor. Dacă obișnuit militäm pentru demistificarea dramei, pentru anihilarea ei, alteori noi sîntem siliți s-o amplificăm

artificial, dacă este nevoie, pentru a obține un acord — altfel refuzat — din partea unui bolnav refractar.

Pregătirea medicului nu poate fi desprinsă de o bogată cultură umanistă. Sînt nenumărate reperele culturale și artistice care interferează cele mai neașteptate aspecte în practică. Sensibilitatea umană și puterea de înțelegere a problematicii omului, arta comunicării și limbajului, își au rădăcini adînci în fondul de cultură. Creativitatea sporește. Ar fi fost posibilă modelarea psihanalitică de către Freud, fără familiaritatea lui cu vechile mituri ale omenirii?

Formarea clinică presupune mutația de la „a ști" la „a ști să faci". Gîndirea și comportamentul tînărului medic se îmbogățesc. El învață să cîntărească raportul dintre risc și beneficiu. Să ia în judecată criteriul economic, să elaboreze strategii individualizate, să discearnă noutatea în sine de progres, să evite reclama și publicitatea, să cunoască realizările antecesorilor. O noapte de gardă poate face mai mult decît o lună de studiu. Spiritul metodic s-a impus și el ca altă dimensiune valorică, medicul avînd un rol educator însemnat. L-a subliniat încă demult Școala din Salerno (sec. XIII) în paragraful: „Dator e ce, de ce, cînd, cît, cît de des și unde / S-arate orice medic, regimul cînd prescrie" (sub „regim" înțelegîndu-se pe atunci întregul ansamblu al măsurilor terapeutice).

* * *

Cînd primii gînditori elini au cristalizat acel îndemn, transpus apoi cu dalta pe frontispiciul templului lui Apollo din Delfi — „cunoaște-te pe tine însuți" — trezeau pentru prima dată simțul uman la adevărata conștiință de sine. Prindea început miracolul introspecției, căruia îi datorează omul măsura valorii sale. Pentru istoria umanității, actul-revelație al autocunoașterii constituie de fapt doar o premisă. Evenimentele bogate în sens se consumă abia de la acest punct încolo. Ne apare evident de ce omul de astăzi, lucid, nu se mai lasă măgulit de simpla cunoaștere, nici de voluptatea și nici de spectaculozitatea ei. Astfel de ipostază contemplativă este

minată, neîndoielnic, de amenințări narcisiste. La ce ar servi o inventariere care n-ar duce mai departe la metodica operației de estetică a personalității? Omul are nevoie paroxistică de certitudinea progresului său. Cerința pe care o exprimă spiritul vremii noastre ar fi mai curînd *„formează-te pe tine însuți"*. O aspirație care tinde tot mai mult spre omul-demiurg, omul-arhitect de sine.

Autoperfecționarea ca ideal a constituit o temă predilectă pentru toate filosofiile antropofile din toate timpurile. O asemenea străduință nu derivă din impulsuri egocentrice, ci din nevoia de integrare interumană. Dacă acceptăm că „omul este opera omului", cum s-a exprimat un gînditor (Gordon Childe), trebuie să avem în minte nu numai făurirea individului de către grup, ci și această construire de sine. Este singura cale de convertire a subiectivității în obiectivitate, a existenței omului în valoare umană.

Ar fi extrem de pasionantă urmărirea drumului parcurs de omenire de-a lungul istoriei, în demersul său autoformativ. Deși dominată cîteodată de influențe nefaste, ea și-a regăsit de fiecare dată linia ascendentă. Să-l numim pe Descartes, care punînd bazele metodologiei logice a cunoașterii, a devenit un precursor al autoformării intelectuale. Dacă el a pus accentul pe latura rațional-cognitivă, mulți alții au elaborat un model moral, nuanțat cu treapta de civilizație căreia îi aparțineau. Lui Kant îi datorăm o subliniere de mare preț: „Morala nu ne învață de fapt cum să ne facem fericiți, ci cum să devenim vrednici de fericire". Avem bucuria să găsim în vechea limbă românească o splendidă formulare. Să-l recitim deci pe Dimitrie Cantemir: „Învățăturile și vredniciile, numai împerecheate pot fi prețuite". Sau în altă parte, referindu-se la raportul dintre sine și grup: „Cînd pentru folosul obștei cineva se fericește, cuvioasă și frumoasă este lauda".

Ca să venim mai aproape de azi, nu putem fără a evoca pe tînărul Karl Marx, pentru care demnitatea era valoarea ce trebuie cultivată în primul rînd — ea fiind cea care „îl înalță mai mult pe om" — și pentru care Prometeu era „cel mai nobil sfînt și martir din calendarul filosofiei", prin generozitatea și vocația sacrificiului.

Marx pune problema foarte tranșant: „Bucuria noastră nu este o bucurie jalnică, mărginită, egoistă, ci fericirea noastră este fericirea a milioane de oameni". Răspunderea directă ce revine fiecăruia va fi exprimată mai tîrziu de Antonio Gramsci, atunci cînd definește omul ca devenire permanentă „în planul subiectiv al autodezvoltării și în planul obiectiv al acțiunii". Iată deci dubla determinare a „omului total", pe care ni-l propune marxismul. De aici grija prioritară a epocii noastre pentru fundamentarea unei concepții de viață prin cultivare și autocultivare, pentru concordanța dintre gînduri, vorbe și fapte, pentru consecvența în atitudine.

Istoria ne-a arătat că într-o „lume nebună-nebună", nu toți oamenii sînt cuprinși de nebunie. Că se pot face împotriviri față de „rinocerizare" și că asemenea luptă poate fi efectiv cîștigată. Cînd treptele evoluției te-au ridicat la statutul de om, nu-ți mai poți îngădui să redescinzi în subsolul istoriei. Cînd dispui de orizonturi largi, se cuvine să trăiești bucuria lor. S-a spus, și cu mult adevăr, că omul este în mare parte ceea ce dorește. El controlează în fapt procesul permanent al transformării sale, proces care se desfășoară fără infatuare, independent de răsunetul exterior, chiar atunci cînd acesta se cheamă succes sau glorie. Cea mai mare satisfacție derivă din trăirea împlinirii efective, cea mai mare bucurie este de a fi realizat ceva, de „a fi lăsat o urmă".

Trăim un ev cînd putem vorbi de influența tuturor asupra tuturor, într-o catapultare hotărîtă spre viitor. Socializarea persoanei umane — biologic născută ca individualitate, dar deschisă și deci capabilă să-și îmbogățească valențele definitorii pentru OM — este operă de educație complexă. Integrarea socială nu-i decît rezultanta unor repetate interacțiuni și transferuri între membrii grupului, act de fuziune și omogenizare. Nu numai firescul proces de maturizare dar mai cu seamă îndelunga șlefuire a personalității aduce strălucirea senectuții care și-a onorat răspunderile.

Principala forță dinamizatoare rămîne în noi. Reușita deplină nu poate avea loc fără comutarea de pe traiectoria extrinsecă, a zborului de împrumut, pe cea interioară, a autopropulsării. Perfectibilitatea rezidă prin excelență în orientarea conștientă spre absolut. Descoperirea „dascălului interior" (pe care ni-l sugerează metaforicul „inwendig Arzt", identificat odinioară de Paracelsus) echivalează cu găsirea vocației, cu drumul spre împlinirea propriei personalități. Este un moment ce se petrece cu multă trudă. El marchează un început: autoconstruirea. Procesul ar trebui desfășurat cu patosul și zelul unui Savonarola, aflat în război cu sine însuși, fără a îngădui nici anti-idealuri, nici confortabile stagnări. A aștepta totul de la factorii formativi din afară înseamnă renunțarea la ceea ce este mai de preț în ființa umană: puterea de a controla evenimentele și implicit pe sine însuși. Piatra de temelie a personalității se așază în prima tinerețe, dar lucrarea se încheie tîrziu și deseori rămîne pentru totdeauna făgăduință. La vîrsta avidă de mari adevăruri Lucian Blaga își tezauriza „pietrele pentru templul său" sub bolta căruia își va putea țese mai tîrziu poemele. Tot el ne va stîrni tăria: „Sapă numai, sapă, sapă, pînă dai de stele-n apă".

Nenumărate exemple ne stau mărturie despre înălțimea la care un spirit nemulțumit de sine își poate purta zestrea de aptitudini. Marii creatori de valori numai astfel au atins scara geniului. Năștea poate vreodată acea copleșitoare Pietà Rondanini, adăpostită de zidurile castelului Sforza din Milano, dacă Michelangelo nu sfărîma cu puțin înainte de moarte personajul central, pe Crist, spre a-l smulge altui trup, al mamei, din aceeași marmoră? Dar el notase, într-unul din sonetele sale: „Cu alții blînd, cu mine crud ca zbirii".

În structurarea procesului autoformativ omul se conduce după modele. Se implică aici opțiunea pentru anumite valori, selectate și ierarhizate de fiecare, pentru sine, din vastul tezaur pe care îl oferă omenirea. Cu aceasta se asigură o legătură vie între generații. Transmiterea nu se poate face pasiv. Cînd vrei să predai o lumină, se cere să fii tu însuți flacără și nu doar purtător de torță. Nu poți crește pe alții dacă nu reușești să te crești mai întîi pe tine. Într-o tentativă de apreciere a cîtimii datorate premergătorilor, s-a putut spune: „sîntem mai mult de jumătate din ce sîntem, prin imitație. Punctul principal este să aflăm modele bune și să le studiem cu grijă" (Lord Chesterfield). Se pune deci cu acuitate problema alegerii. Dar fiecare pas presupune multe renunțări și optînd pentru o variantă, le respingem pe

toate celelalte. Dialectica opțiune-renunțare va fi deci cea care ne hotărăște în mare măsură devenirea. În final s-a reținut că „omul devine ceea ce își propune să fie", „omul este răspunzător de ceea ce este" (evident, într-o lume fără alienări). Nu însă epigonism, ci statut de personalități autentice, bine individualizate.

Aria de competență a automodelării cuprinde mai toate compartimentele spiritualității umane. Pentru multe din aptitudini s-a reușit cantificarea raportului dintre componenta înnăscută și cea cîștigată. Nu lipsește posibilitatea de înnobilare intelectuală, la fel este de mult verificată potențarea sensibilității și receptivității față de frumos. Domeniul de cel mai larg interes este cu siguranță cel al concepției morale și al comportamentului, cărora le aparțin de fapt și valențele integrative ale omului. Nevoia de realizare și de acțiune este cea care ne reflectă pe fiecare în exterior, produsul rezultat ne conferă valoarea socială. Imperativul existenței noastre se prezintă astfel: acționez deci exist, mă manifest deci exist, *invento ergo sum!* A găsi tăietura de aur va fi atunci problema ce va rămîne, rezolvabilă în modalități individuale, specifice fiecăruia. Cele două versante în dispută sînt în general *ego* și *alter ego*. Relația dintre forțele centripete ale individualității umane, indispensabile pentru definirea și conservarea ei, și forțele centrifuge care ne cheamă spre ființa socială, se cere înțeleasă în flexibilitatea și pluricondiționarea ei. Desigur vor persista și mai departe unele idei care — aduse la dimensiuni maxime, în anumite circumstanțe — vor continua să solicite autosacrificii. Anularea de sine, non-existența, nu va putea fi însă acceptată decît în conștiința utilității sale pentru omenire.

Distilînd resorturile efortului de autoformare, se impune să excludem repede fuga după succes. Nu veleitățile sale ci doar monumentele de faptă sînt criterii de valoare pentru om. Mai mult chiar, există un obstacol mai mare în fața succesului decît indiferența și neînțelegerea celorlalți: este preocuparea obsesivă de a-l ajunge, pedepsită cu neutralizarea unei bune părți din însușiri.

Morbul cel mai dăunător al construirii de sine pare să fie blazarea, scepticismul. Amenințarea nu este nouă. Iată-l pe Socrate (în dialogul Phaidon al lui Platon) confesîndu-se: „Eu, Cebes, în vremea tinereții mele, eram

împătimit peste măsură pentru aceea formă de știință care poartă numele de „cercetarea naturii". Mi se părea că e un lucru minunat să știi despre oricare lucru, care e cauza pentru care ia ființă, pentru care piere, pentru care este... Mai înainte credeam, cum cred și alții, că am limpedea știință a unor lucruri. După aceea însă, în urma acestui fel de cercetare mintea mea s-a întunecat atît de tare că n-am mai înțeles nici ceea ce, fără de ea, credeam că știu". Să ne mirăm de tragicul faustic? Știm bine ce l-a determinat să încheie pactul cu Mefisto. „Am studiat cu rîvnă, ah, filosofia. Din scoarță-n scoarță, dreptul, *medicina*... Și iată-mă acum un biet nebun. Cuminte ca și mai-nainte" (trad. L. Blaga). Limitele cunoașterii nu trebuie să ne sperie, ci infinitul necunoscut trebuie să ne provoace. Sentimentul celui care stă plecat deasupra prăpastiei fără fund! Ni-l redă, într-un rubaiat de-al său, Omar Khayam: „Noapte, stele... Tremuri. Ce ai? Te-nfiori cînd te-apleci genunea lumii s-o măsori".

Împietrirea personalității pe anumită treaptă a dezvoltării la care are dreptul, înseamnă condamnarea ei. Omenirea luptă să-și prelungească existența biologică, uitînd însă că sînt două scări pentru măsurarea vieții: numărul anilor și intensitatea trăirii. Ambele pot exprima longevitatea unei existențe. A trăi în adîncime poate fi cu mult mai fertil decît a trăi în suprafață. După consumarea episodului individual, rămîne doar suma realizărilor care au fost obiectivizate în acest interval.

Idealul și forța lui depind de contemporaneitatea căreia îi aparținem. Depind însă și de propriile năzuințe. Fiecare ins se cuvine să adauge noi valori modelului pe care l-a preluat. Funcția modelatoare a idealului se îmbogățește astfel neîntrerupt. Eficiența lui programatică presupune o disciplină riguroasă. Nu poate lipsi tenacitatea și de multe ori nici curajul. Treptele autoformării se străbat cu greutate, poate, dar cine se mai gîndește la asprimea urcușului atunci cînd a atins un pisc înalt? Ascensiunea nu-i niciodată numai urcuș, dar important este să-ți păstrezi calea ascendentă pe care ți-ai propus-o. În acest sens, periplul lui Odiseu nu-i un exemplu al rătăcirilor la care îl condamnă forțe dușmănoase, ci mai curînd proba capacității omului de a depăși orice greutăți, prin intensitatea scopului urmărit. Fiecare avem

Ithaca noastră. Oricum, este bine să ne amintim că drumul spre stele începe pe pămînt. Multe din cele mai frumoase visuri s-au ridicat din cotidian, ca negație a orizontului mărunt.

În conținut, receptivitate față de toate laturile existenței umane, nu rapsodism și nici hiatusuri. Continuitate și consecvență. *Nulla die sine ... ratio ... sine factum ... sine inventio.* Inactivitatea atrage în mod inevitabil involuție. Să ne temem de sterilitatea gîndirii, ca și de robotizarea comportamentului. Să căutăm judecata creatoare, nu rutina, să folosim modalități mereu noi și nu aceleași circuite.

Plasticitatea personalității umane trebuie valorificată pe toate căile imaginabile. Acțiunea intrinsecă este complementară celei extrinseci. Ea rămîne privilegiul și obligația fiecăruia. Orice om trebuie văzut ca o piatră prețioasă a cărei strălucire ține de felul cum va fi fațetată. Diamantul-promisiune va deveni giuvaier de preț numai dacă fiecare va fi șlefuitor de sine. Actul majestuos și prometeic solicită cîteva repere trainice. Să vrei să împlinești: tendință legitimă de afirmare. Să poți să împlinești: capacitate reală. Să poți să vrei: tărie proprie omului și curaj de a-și asuma bătălii și riscuri.

Ca arhitect de sine, omul vremii noastre vrea, poate, împlinește. Se proiectează numai astfel în universalitate.

Pentru un medic, obsesiile omului sînt obsesiile lui. Îi leagă visurile și lupta în care se găsesc alături pe viață, pentru viață.

* * *

Există unele adevăruri atît de simple în esența lor, încît uităm de ele. Cine își dă oare seama totdeauna că pentru fiecare din noi, cultura nu este altceva decît aerul pe care îl respirăm în labirintul profesiei noastre? Dacă inteligența ne dă aripile, cultura ne dă orizontul în care zburăm. Ea este atît de imposibil de desprins de viața și de bucuria existenței noastre, încît fără ea nici umanismul dar nici măcar ideea de umanitate nu s-ar fi putut imagina. Lucian Blaga spunea: „Om de cultură este acela care, cu puterile sale sau cu puterile altora, transformă

mereu haosul în cosmos". Releva astfel funcția reglatoare și de cunoaștere pe care o are cultura în actul de luare în stăpînire a universului. Subliniind un alt element, Mihail Ralea definea cultura drept „ceea ce știm fără a mai ține minte de unde am învățat". Cu alte cuvinte, ea reprezintă tot ce am asimilat. Cultura este ceea ce am reușit să devenim noi înșine.

Idealul renascentist *(„l'uomo universale")* satisfăcea pe deplin veleitățile marilor umaniști ai epocii. Să nu uităm însă că tentația unei astfel de performanțe caracteriza tipul precopernican de om, cel al viziunii geocentriste, stăpînit de orgoliul naiv de a fi elementul cheie în mișcarea lucrurilor. Raportul s-a modificat însă mai tîrziu. Universul s-a dovedit mult mai vast pentru a putea fi vreodată controlabil de către om. Și la fel, chiar omenirea în mijlocul căreia trăim. A apărut atunci, la antipod, spectrul „omului unidimensional", fluturat ca amenințare de un gînditor modern ca Marcuse. Alienarea existențialistă a noii epoci a dus pe mulți la izolare, la închiderea în sine, la refuzul umanizării. Se mai conturase, în treacăt, în perioada primei revoluții științifice, și tentația unui *„homo enciclopedicus"*, pe care l-a criticat Goethe, la vremea sa („există oameni care își pun cunoștințele în locul judecății").

Problemele par să se fi decantat în prezent. Datorăm de altfel lui Marx conceptul optimist despre „omul total". Una din dimensiunile majore ale acestuia rămîne cultura. Justificarea ei? „Cultura va ajuta pe fiecare om să înțeleagă necesitățile și comandamentele superioare ale istoriei, să participe în mod conștient la făurirea propriului destin, la ridicarea societății pe noi și noi trepte" (din Programul P.C.R.).

Am trăit mult timp în „galaxia Gutenberg", respirînd cultura ascunsă în paginile cărților. A venit însă criza informațională, excesul de tipărituri, nevoia de a selecta. Ne-a ajutat aici experiența mai veche a lui Bacon: „Sînt cărți pe care se cuvine doar să le guști ușor, altele pe care trebuie să le înghiți și să le citești repede, sînt în sfîrșit altele, ceva mai puține, pe care e bine să le rumegi și să le digeri". Azi trăim în galaxia Marconi, și ni se cere să procedăm cu înțelepciune la întocmirea „logosferei" în care ne ducem existența. Paroxismul alegerii

a devenit și mai acut. Nu putem avea totul. Iată dar că revenim ca vechii filosofi la prioritatea cunoașterii și a conștiinței de sine, într-o perioadă cînd autoformarea se impune ca element cu totul esențial spre a putea evita dezumanizarea prin standardizare. Strălucirea personalității umane nu poate fi atinsă fără un elan și un efort autocreator. De ce ar fi adevărată teza pesimistă a lui Bossuet?: „Omul a devenit păcătos căutîndu-se pe sine și a devenit nefericit găsindu-se". Mersul istoriei culturii și civilizației o desfide.

Dar, n-am putea accepta nici invitația unui estet de talia lui Eugenio d'Ors, într-un moment de sublimă emoție în fața picturii lui Rafael: „Atenție! Ne aflăm pe o culme omenească. La aceste înălțimi nu mai e îngăduit să judeci". La gîndire nu putem renunța. Credem mai curînd că ea trebuie activată cu forța sentimentului și altitudinea cunoașterii. Și mai ales, trebuie controlată prin îndoială. Propozițiile lui Descartes sînt o premisă pentru progres. A exista, a te îndoi, a cugeta, a exista apoi la un alt nivel de înțelegere și performanță, și tot astfel. Cultura este cunoaștere și asimilare, meditație și creație. Ea rămîne un sistem deschis, o fereastră care ne înconjoară de jur împrejur. Și totdeauna, o mare bucurie.

Pentru medic, cultura rămîne izvor de înțelegere a problemelor omului și puternic liant interuman.

MUTAȚII ALE PERSONALITĂȚII MEDICULUI DE ASTĂZI

Toate schimbările de concepție și metodă ale medicinii și-au pus consistent amprenta asupra medicului: tehnicizarea și scientizarea, eficientizarea și democratizarea, igienizarea etc. Unele s-au produs lent, pe linia unor dezvoltări aflate în germen chiar de la începuturile medicinii. Altele au apărut brusc, urmare a impactului tehnicii și științei, dar și a transformărilor în strategia conducerii societății și în psihologia omului modern.

Incontestabil, medicul a devenit un om de știință. Conceptual, însuși simplul act cotidian al diagnosticului este un act de știință creatoare. Instrumentele folosite sînt ale cercetării, operațional se procedează prin ipoteze și verificări, ca în cercetare. Există azi o condiție logico-științifică riguroasă pe care nici un medic n-o poate ignora fără riscul erorii și al eșecului. El are nevoie de un volum extrem de vast de informații, actualizate în permanență, de prudență și rigurozitate științifică, el este chemat să manipuleze instrumente de mare sensibilitate și să le interpreteze rezultatele. Sub alt unghi, chiar experiența proprie trebuie să se bazeze pe observația științifică. Valoarea medicului nu crește cu numărul de consultații, ci cu beneficiul metodologic pe care îl reține el din fiecare consultație, cu legitățile pe care le-a descifrat el însuși. Practicianul este prezent și în cîmpul cercetării propriu-zise, contribuind la progresul cunoașterii. Ceea ce înainte era doar opțiune ocazională sau preocuparea unor elite, a devenit acum solicitare profesională statutară.

Prin diferențierea crescîndă a științelor, medicul a devenit un specialist cu o competență restrînsă, obligat tocmai de aceea să respecte spiritul integrării interdisciplinare. Aprofundarea unui domeniu anumit al patologiei a dus inevitabil la restrîngerea cîmpului de referință,

pînă la hiperspecializări care frizează paradoxul. Acestea constituie cerințe obiective ale competenței, cu singura condiție de a raporta falia îngustă pe care o controlează la ariile din jur.

Spiritul umanist a fost un imperativ de bază dintotdeauna. Importanța sa a devenit însă maximă în epoca noastră, corelat cu puterea mult sporită a medicinii de astăzi și inerent, cu riscurile proporționale la care expune. Aceasta nu mai vizează doar pe omul bolnav, ci amenință uneori calitatea genetică a speciei umane și ecologia planetară (chiar cosmică). Normativele legiferate și reglementările profesiei n-au putut niciodată controla pe deplin toate alienările posibile în sfera medicinii. Or, astăzi sînt mai numeroase riscurile. Iată de ce conștiința și responsabilitatea medicală au o pondere mai mare. În funcție de noile coordonate au trebuit rescrise mai toate capitolele codului de etică medicală. Orientarea antropocentrică a medicului este singura care dictează în numeroase situații mijloacele de acțiune cele mai potrivite. Permanențele medicinii își dovedesc deplina lor valabilitate.

Medicul tradițional, așa cum îl cunoaștem din perioadele mai vechi, era definit sub aspectul moral prin trei atribute: calm, devotament și modestie. Este însă o ipostază discreționară, dominată în esență de „bunele intenții", și tributară preceptului iluminist, exprimat de Rebelais: „știință fără conștiință este ruina sufletului". Astăzi o recunoaștem deschis: „conștiința fără știință este inutilă". Sau, într-o enunțare mai voalată: „există o singură medicină, cea a medicilor eficienți, care sînt totodată competenți și generoși" (J. Hamburger). Raportul exact l-a formulat Iuliu Hatieganu prin a sa bine cunoscută „medicina este știință și conștiință", adevărat însemn heraldic al școlii medicale clujene. Medicul de astăzi este mai activ, mai operativ, mai energic, el exercită influențe terapeutice mult mai importante. În esență știe și poate mai mult, dar este chemat să apeleze totdeauna la mai multă prudență. Iată de ce „incompetența medicului este o culpă" în viziunea moraliștilor moderni și sîntem convinși de adevărul lor.

Medicul a devenit în tot mai mare măsură factor social, personaj al forului. El a ieșit din cabinetul de con-

sultații și din laborator. Responsabilitatea s-a extins mereu mai mult de la prezentul bolii la viitorul bolnavului și al descendenților săi. Chiar conceptul de profilaxie s-a lărgit foarte mult, prin dimensiunea genetică și ambientală. Medicina a trecut de la scara individuală la scara socială. Medicul a devenit astăzi un strateg al dezvoltării lumii, un consilier al progresului și civilizației. În acest cadru el își asumă importante funcții de educator, fiind chemat să transfere datele riguroase ale științei în norme pentru o viață rațională. Asemenea perspective de mare amploare n-ar putea fi, evident, controlate exclusiv de către medic. De altfel s-a și spus, în termenii unei butade, că „asistența medicală este prea importantă pentru a fi lăsată pe seama medicilor" (aș rectifica: „numai pe seama medicilor"). Este de fapt o problemă de interes foarte larg, cu mari implicații politice și economice. Medicul nu este decît un membru al grupului complex cu puteri de decizie în materie de sănătate. Pentru medic se conturează de pe acum perspectiva de a se ocupa „mai mult de sănătate decît de boală", „mai mult de colectiv decît de omul bolnav". Nu se înțelege prin aceasta neglijarea ariei de suferință, ci a se face tot cît se știe pentru restrîngerea ei. Pînă atunci, omul rămîne aservit în continuare eredității și mediului său de viață, cu perspectiva optimistă a formulării unor modalități mai eficiente de combatere a agresiunilor, manifeste aici. Trăim încă sub imperiul „anxietății anului 2000", generată de aserțiunea „cînd natura va fi distrusă, omul o va urma", s-a conturat conceptul de „iatrogenie socială" și „iatrogenie culturală". Se critică o anume pornire spre suicid proprie multor oameni — deși controlabilă în esență de ei înșiși — înscrisă în formula: „omenirea mănîncă, inhalează și bea substanțe care pînă la urmă o ucid" (R. J. Carlson, 1975). Este cert, oricum, medicul singur nu poate lupta cu toate aceste amenințări.

Medicului practician i se cere astăzi o concentrare maximă, dublată de luciditate. Riscurile acțiunilor sale pot atinge proporții însemnate atunci cînd lipsește una din trăsăturile care îl definesc. O parte din bolile medicinii contemporane sînt de fapt „boli ale medicului". Astfel, dezumanizarea nu ține de tehnicizare și automatizare în sine, progres extraordinar și care nu ne mulțu-

meşte niciodată, ci de dispariţia medicului înapoia aparatului său. Este o involuţie la care se condamnă el singur. „Funcţionarizarea" nu constituie, la rîndul ei, o urmare necesară a organizării larg sociale a asistenţei medicale, ci rezultă din erodarea principiului fundamental de aliniere totală la ideea ajutorării omului suferind. Absolutizarea specializării este o racilă izvorîtă din subiectivismul celor care, hipertrofici, neglijează zonele de graniţă. Dispariţia dialogului medic-bolnav nu este o fatalitate a modernizării, ci efect al suprasolicitării, cînd nu trădează eventual înstrăinarea interumană (ameninţare de altfel cu mult extramedicală a epocii, opusă demersului conştient de integrare). Toate acestea şi altele încă pot fi întru totul evitate.

Ca om, nici medicul nu poate scăpa noilor modulări ale spiritului contemporan, paroxistic şi contradictoriu. Îl poate atinge aşadar valul general de nelinişte, oscilează şi el între angoasă şi curiozitate, se lasă poate prins de reacţia antilirică indusă de mitul tehnosului, chiar contaminat de o anumită blazare — şi de ce nu — de nihilism, în ceea ce ar fi chemat să facă. Dacă manifestă însă exigenţă şi respect faţă de statutul său, dacă încearcă în mod real nevoia de demnitate, va şti să lupte cu asaltul robotizării ori al insensibilizării, va rămîne mereu înscris pe traiectoria progresului. Chiar şi atunci cînd această ipostază este plătită poate cu sacrificii şi, inevitabil, cu dăruire.

Dar am putea trece cu vederea mutaţiile conceptuale şi comportamentale ale însuşi bolnavului de astăzi? Omul modern are — o ştim doar bine — un respect sporit faţă de propria-i persoană. Pentru el acordarea asistenţei medicale nu reprezintă un privilegiu ci un drept pe care şi-l revendică energic. L-am putea oare vedea acceptînd baladesc „moartea mioritică", resemnat şi stăpînit, înfrumuseţîndu-i sensul? Sau poate aşteptînd smerit, fără să se ia la trîntă cu destinul? Umanismul dezvoltă sentimente de preţuire faţă de om în general, dar să nu uităm că sfera acestui concept începe sau în orice caz „sfîrşeşte, cu însuşi subiectul care-l gîndeşte. „Ego" va rămîne un *„umbilicus mundi"* pentru umanism. Orice apel de alarmă se exprimă astăzi cu mult mai rapid. Orice idei sînt

verificate mai înainte de a fi acceptate, sub un anume semn al neîncrederii şi suspiciunii.

Omul modern a devenit mai dinamic — poate mai agresiv — îşi reclamă condiţia de sănătate cu vehemenţă, luptă pentru ea, forţează circuitele oferite dacă nu-l satisfac (şi trebuie să-l înţelegem). În alegerea pe care o face, se lasă împins de cultură, instinct, dar şi de prejudecăţile sale. Uneori este păcălit de false miraje, deşi cu aceeaşi convingere candidă a liberei decizii. Este drama lui şi are tot dreptul să şi-o trăiască. Interferenţa acestui pacient complicat cu partenerul său de dialog, medicul, generează mereu noi şi neaşteptate probleme. Se ivesc — regretabil, deşi nu totdeauna evitabile — şi momente tensionale. Sigur, survin în acelaşi timp şi modalităţi de conlucrare mai bună. În esenţă, bolnavul de azi a devenit un coechipier în actul medical, un asistent al medicului în opera de sanogeneză. El este un observator care furnizează informaţii preţioase pe baza cărora se elaborează nu numai diagnosticul iniţial, ci şi programul dinamic de tratament şi recuperare. Această solidarizare presupune însă receptivitate şi multă încredere. Constatăm însă că unele recomandări — deşi exprimate de medic „pe toate undele", nu sînt cu totul luate în serios, sau nu la timp. Prognoze, chiar bazate pe date din cele mai sigure, mai sînt privite cu iritare drept oracole mincinoase de Casandră. Litigiul rămîne: „oamenii au abandonat responsabilitatea pentru propria lor sănătate, uzează şi abuzează de organismul lor pînă cînd îl alterează şi apoi aşteaptă pe doctor să-i repare, ca şi cînd ar fi maşini", ne avertizează fără menajare Ivan Ilici.

Între datoria profesională (a interveni!) şi responsabilitate (prudenţă, dacă nu abţinere!) se trăiesc azi multe momente de cumpănă. Medicina practică a dezvoltat atîtea noi sectoare, încît nici măcar principiile lor orientative nu sînt totdeauna cristalizate. Dacă resursele — aparatură, medicamente, timp — sînt limitate (situaţie inevitabilă şi care mereu revine la diferite scări), care pot fi criteriile irecuzabile pentru a selecta pe cei ce trebuie să moară şi pe cei care vor trăi? Dacă salvarea este legată de o intervenţie chirurgicală mutilantă, la ce nivel să te opreşti pentru ca restul păstrat că mai justifice numele de „om" şi bucuria acestuia de a trăi? Dacă viaţa

a rămas tributară metodelor artificiale, cînd anume să decizi deconectarea inimii sau a plămînului artificial, cînd să întrerupi programul de perfuzii și oxigenoterapie, pentru a semna apoi fără sentimente de culpă și fără amenințarea incriminării juridice, certificatul de deces? Medicul a oferit omenirii „pilula" miraculoasă, definitivînd disocierea (visată de mult) dintre eros și reproducere biologică, dar la ce dimensiuni tentația ludică va deveni condamnarea la dispariție a speciei? Embriogeneza în eprubetă („test tube baby"), fecundarea artificială (și băncile de material genetic, colectat de la donatori, se înmulțesc) nu vor devia într-un fantastic coșmar?

Cînd la punctul de vîrf al tehnicității mai ajungem să ne întrebăm azi, „a trata sau a nu trata?", înseamnă că răspunderea medicului a devenit strivitoare. Cum drumul înapoi este închis, vom accepta progresul, alegînd însă numai ce folosește omului. Medicul are nevoie de înțelepciune.

CONDIȚIA RAȚIONAL-ȘTIINȚIFICĂ A ACTULUI MEDICAL

Actul medical, prin secvența lui operațională, întrunește în același timp criteriul cercetării științifice (diagnosticul și cauzalitatea sa) și pe cel al acțiunii practice (intervenția terapeutică). Scopul său nu se limitează la cunoaștere, ca în știința „pură", ci el include și aplicarea programului de restabilire a sănătății, în concretul său.

Medicul este solicitat de activitatea sa specifică în egală măsură prin simțuri și prin rațiune. Ambele sînt perfectibile prin educația profesională și exercițiu îndelungat. Personalitățile de valoare deosebită ajung, prin ascuțirea spiritului de observație, cultivarea asociativității, capacitatea de sinteză, să realizeze unele performanțe greu de înscris în standardul obișnuit al actului medical, datorită însușirii derivate din toate aceste calități — „intuiția" — o intuiție de tip științific, verificabilă pas cu pas.

De la începuturile sale hipocratice, medicinii i s-a acordat atenție în formarea practicienilor, sub ambele ipostaze: observație și gîndire. Această integrare metodologică s-a perfecționat în secole, ea devenind un imperativ pedagogic central. Mai demult s-a crezut că cele două trepte spre diagnostic sînt în succesiune și bine distincte: mai întîi colectarea de fapte și apoi interpretarea lor. De fapt, ca în general în domeniul cunoașterii umane, medicul pleacă totdeauna de la un nivel anumit teoretic, care dirijează culegerea corectă a datelor subiective și obiective. Teoria științifică asigură și recepționarea nuanțată a informațiilor după aportul lor, semnificație, grad de specificitate, risc de eroare. Gîndirea este prezentă de la începutul procesului de explorare, conducînd-o în tot cursul ei. Nu există o disjuncție între cele două forme de cunoaștere, din planul concret și din planul

abstract. Investigarea bolnavului presupune un continuu joc între înregistrarea senzorială și prelucrarea logică, cu intervenția unor condiționări directe și inverse, de tip „feed-back". Sîntem feriți de transformarea culegerii de date într-o „arheologie medicală" sau într-o „necropolă lipsită de viață" (într-o formulare colorată care aparține lui M. C. Castex).

Gîndirii diagnostice i se adaugă inseparabil cea prognostică. Prognosticul poate fi înțeles tot ca un diagnostic, dar extrapolat la viitor. Gîndirii diagnostice i se adaugă cea terapeutică. Prin ele se încheagă, ca un proces dinamic unic, gîndirea clinică. Termenul acoperă în fapt „modul de a gîndi la patul bolnavului"; nu este vorba de o strategie specifică în sine însăși.

Structura logico-științifică a diagnosticului ne apare identică cu cea a unui act de știință. Ambele reprezintă momente noi în cunoaștere. Fiecare descoperire este un diagnostic, care vizează fenomene ignorate pînă aci, fiecare diagnostic este la rîndul său o descoperire (adevărul rezistă, chiar dacă este vorba de alte proporții gnoseologice). Ca și în cercetare, se poate porni de la observații întîmplătoare: manifestările clinice revelatorii ale bolii, sesizate de însuși bolnavul, de cei din jur sau deseori numai de medici. Calea spre diagnostic poate fi deschisă printr-o ipoteză, cum este situația în explorările active, precis orientate, vizînd o anumită boală în contextul unor grupe de persoane cu risc crescut.

Observația clinică trebuie să fie conformă cu normele observației științifice, și nu empirică. Ea urmărește obiectivitate și preciziune, recurgînd la parametri de control multipli, la verificări coordonate, la eliminarea componentei subiective (aceasta periclitînd atît bolnavul cît și medicul observator). Cantificarea și exprimarea matematizată reduc mult riscurile interpretării subiective. Acuratețea interogatoriului, rigurozitatea examenului obiectiv și ierarhizarea adecvată a explorărilor paraclinice trebuie să atingă standardul științei. Caracterul reprezentativ al datelor se asigură prin respectarea normelor de eșantionaj și calculul semnificației statistice. Prelungirea în timp a observației și multiplicarea elementelor de referință sînt elemente metodologice la care trebuie să recurgem pentru verificare. Observația s-a adîncit mult

dincolo de simțuri, grație tehnologiei moderne, care a imaginat o aparatură tot mai sofisticată, cu putere de penetrație.

Experimentul clinic nu lipsește în practica medicală, unde poate fi întîlnit sub forma variatelor teste, unele foarte simple, confundabile cu observația, altele mai complexe. Ponderea lor crește în cercetarea științifică clinică.

Se cere familiarizarea cu aspectele tipice de boală dar și cu abaterile de la acestea. Boala este de fapt un concept abstract, conturat progresiv, prin sintetizarea elementelor semiologice. În prealabil, se ajunge de la semnele izolate la o primă etapă de sinteză, mai elementară, sindromul. Recepționarea corectă a informațiilor și interpretarea lor presupun absența dogmei și prejudecății. Gîndirea trebuie să rămînă independentă, nepoluată de etichetări anterioare și nici de calculul probabilităților. Fiecare observație în parte solicită întreaga atenție și întreaga capacitate de cunoaștere. Actul de diagnostic numai astfel devine un act creator. El trebuie să fie unic, nerepetabil, așa cum fiecare bolnav este identic doar cu el însuși, și niciodată nu poate fi suprapus bolii, ca abstracțiune. Diagnosticul este concret, încît nu se transpune în serie. Dacă ar fi posibilă traducerea în termeni de ecuație a elementelor care îl fundamentează, întreaga gîndire clinică s-ar putea reduce la o serie de algoritmi, iar actul medical ar putea fi predat calculatorului. O astfel de perspectivă nu este însă posibilă, calculatorul este un ajutor extrem de prețios și poate rezolva multe probleme, dar el, singur, n-ar putea străbate întregul circuit al procesului de diagnostic. Competența lui rămîne circumscrisă la unele secvențe ale acestuia.

Momentul rațional propriu-zis, al diagnosticului, constă în prelucrarea informațiilor culese: analiză și sinteză, comparație, clasificare etc. Prin ele cunoașterea devine completă și, cînd este necesar, se face saltul la teorie. Încadrarea unui complex de manifestări clinice în entități nosologice, boala, are un caracter relativ. Taxonomia bolilor s-a schimbat mult în istoria medicinii. Multe dintre boli nu sînt definite decît la suprafață, prin simptome sau evoluție, esența ne scapă. Altele ne apar obscure sub aspectul cauzalității: bolile „esențiale", „idiopatice", „primare". Progresul cunoștințelor întîrzie cu deosebire

în domeniul acestora, ceea ce explică controversele înregistrate și disputele partizanale dintre aderenții unei „teorii" sau ai alteia.

Marii clinicieni s-au preocupat întotdeauna de îndrumarea discipolilor spre o metodă eficientă de diagnostic, oferindu-le o „cheie a succesului". Fiecare a pus accentul pe o latură sau alta din cele două, urmărind restabilirea echilibrului din unghiul propriei experiențe. Recunoscînd importanța informării teoretice, ca premisă, toți au insistat fără excepție asupra standardului de informații, subliniind însă cu deosebire cultivarea capacității de pătrundere și înțelegere a fenomenului morbid. Ilustrul clinician Corrigan spunea: „Nenorocirea celor mai mulți medici constă nu în faptul că nu știu atît cît trebuie să știe, ci în faptul că nu văd totul". La rîndul său, marele Chauffard aprecia: „Un medic poate greși prin ignoranță, dar el nu trebuie să greșească prin neglijență". Vizînd locul investigației paraclinice, Widal atrăgea atenția: „Un medic se poate întotdeauna înșela dar nu are dreptul să neglijeze o examinare care i-ar fi permis să nu se înșele". Lui Hatieganu îi datorăm relevarea bogatului conținut științific al examinării clinice: „observația nu este numai perceptuală, ci și interpretativă", sau, într-un sens mai general filosofic, „observațiile noi duc la concepte noi, și noile concepții duc la noi observații".

Evident, principala mișcare a gîndirii nu poate fi decît inductivă. Altfel spus, „a începe prin a observa, nu prin a raționa", cum se exprima Sydenham. Deducția vine doar să verifice și să confirme de cele mai multe ori. Nu putem neglija însă că există numeroase situații cînd diagnosticul diferențial — operație prin excelență deductivă — este singura modalitate care poate duce la o concluzie. Corelat cu acest moment, am putea adăuga: să nu neglijăm nici o ipoteză a cărei testare poate crește șansa elucidării diagnostice. Numai cu spiritul de îndoială științifică, cristalizat în obsesia verificării, reducem riscul de eroare (*„in dubio pro morbo"*). Rezultatul terapeutic se impune ca ultimă verificare, el fiind criteriul suveran al practicii.

Gîndirea clinică rămîne concretă prin conținut, spre deosebire de cea folosită în cercetare, care vehiculează legi și concepte. Avem de rezolvat o situație dată, bine pre-

cizată. Incursiunile teoretice sînt indispensabile, dar numai episodice, obiectul central rămîne mereu bolnavul cu individualitatea sa. În medicină, „noțiunile cu care se operează sînt adeseori imprecise, greu de definit, judecățile cu caracter de valabilitate universală sînt rare, iar raționamentele, în condițiile în care ele se desfășoară, duc de cele mai multe ori numai la concluzii probabile" (P. Brînzeu, 1973). Înțelegem de ce s-a putut spune: „decizia în diagnostic se face sub nesiguranță, decizia în tratament se face sub risc" (R. Gross). Acceptăm obișnuit un grad de probabilitate, a cărui pondere crește prin proiectarea cunoașterii spre viitor, în prognostic și previziune. Diagnosticele dobîndesc grade de securitate: diagnostic sigur, probabil, posibil.

Perspectiva unei terapii eficiente reclamă un diagnostic „multidimensional" (O. Fodor), cuprinzînd pe îngă formularea bolii, și factorii săi condiționali (cu gradațiile respective: predispozanți sau declanșanți, determinanți sau favorizanți, cauzali sau numai „de risc"), stadiu evolutiv, substrat morfopatologic, tulburări funcționale, formă clinică, răspuns terapeutic. Numai în acest fel tratamentul va putea depăși epiderma simptomatică, devenind mai mult decît un paliativ, și urmărind suprimarea cauzei (tratament etiologic) sau combaterea procesului patogenetic.

Desfășurarea actului medical se face obișnuit, dinspre cunoaștere spre acțiune. Și totuși, nu putem exclude nici posibilitatea inversă: obținerea unor succese veritabile, mai înainte ca problema să fi fost deplin clarificată. Uneori dăm medicamente și obținem rezultate bune dar nu știm cum s-a produs efectul lor. Să ne amintim de nitroglicerină, de aspirină, folosite de peste 100—200 ani, și care continuă să ne ofere și astăzi surprize privind acțiunea lor farmacodinamică. Trebuie să acceptăm, cum s-a spus, că „de fapt, noi putem mai mult decît știm". Eventualitatea este reală dar totuși, minoritară. Mult mai adesea, știm mai mult (teoretic) decît putem să facem în practică.

La dezvoltarea capacității de raționament clinic își aduc contribuția toate disciplinele medicale. Anatomia construiește viziunea arhitecturală de ansamblu, necesară gîndirii unitare, în interrelație. Ne obișnuiește cu

analiza sistematică, ordinea, abordarea metodică, în succesiune, a problemelor, relevă tulburările funcționale în cursul lor fluxionar. Morfologia patologică ne oferă substratul material, cînd există. Tehnologia și metodica învățămîntului clinic sînt extrem de variate, satisfăcînd prin suma lor exigența pregătirii medicului. Prin modelul de gîndire pe care magistrul îl oferă elevilor săi, el îi conduce pe traiectoria deseori sinuoasă a actului medical. Reușita este dublu condiționată: de puterea modelatoare a celui care instruiește și de aptitudinile (și motivația!) emulilor. Ca în orice alt proces educativ, intervin și efecte negative de antimodelare, care pot fi însă evitate.

* * *

La treapta de astăzi a exigenței, medicina a devenit știință nu numai sub aspect teoretic, ca disciplină complexă, care asigură progresul cunoașterii într-o arie vastă și de interes major pentru umanitate, ci și ca aplicare practică pentru păstrarea sau restabilirea stării de sănătate. Prin imperativul „diagnosticul-creație științifică" se neagă rutina și schematismul. Luciditatea se învăluie uneori într-un halou de invenție intuitivă, ceea ce conferă dimensiunea artistică a actului medical, rațional și științific în esența sa.

Cunoașterea în procesul de diagnostic are aceeași dezvoltare ca în cercetarea științifică. Se pleacă de la o ipoteză și, progresiv, aceasta este substituită prin altele, tot mai verosimile și mai corecte, pînă la concluzia finală. Ca arie, mersul gîndirii se circumscrie de regulă la sfere tot mai restrînse, tinzînd spre concepte științifice. E o mișcare centripetă. Se pleacă de la o aglomerare neorganizată de simptome și semne de boală, se ajunge la sindroame structurale cu ajutorul unei concepții unificatoare și în sfîrșit, se conturează entitatea nosologică, boala. Sînt însă cazuri cînd procedăm exact invers, într-un sens centrifug: pornind de la determinări patologice localizate în aparență, detectăm prin explorare metodică o afecțiune sistemică sau generalizată. Progresiunea se face lent în situațiile dificile, prin pași

mici, excluzindu-se succesiv variantă după variantă, după schema căutării în labirint. Uneori se obțin doar răspunsuri simple, de tip binar: da-nu, leziune benignă-malignă, proces activ-stabilizat, boală compensată-decompensată etc.

Observația clinică a încetat de mult să mai fie empirică, ea întrunește azi criteriile științei. Cu o precizare: se bazează nu doar pe simțuri, ci și pe instrumente care le sporesc sensibilitatea sau extind chiar puterea ei de pătrundere mult dincolo de limitele simțurilor. Informațiile culese pretind și în actul medical obiectivitate riguroasă. Excludem de aceea orice posibilități de deformare, prin subiectivitate sau erori. Cu dezideratul exactității, introducem tot mai mult cantificarea. Pentru a înțelege dinamica fenomenelor, recurgem la normele proprii metodei istorice a științei.

Diagnosticul medical tinde spre completitudine. Recunoscînd boala, ni se cere cu deosebire să-i descoperim și cauzele. Numai astfel medicina dobîndește forță de acțiune. Să-l parafrazăm pe Virgiliu: *„efficiens qui potuit morbi cognoscere causas"*; cunoașterea cauzelor oferă premisa reală a unei intervenții salutare, radicale.

Cu formularea diagnosticului se asigură intervenția terapeutică și profilactică. Rezultat al unui act de știință, ca și diagnosticul, la rîndul lor, acestea vor deveni noi surse de cunoaștere.

* * *

Diagnosticul este piatra de temelie pe care se așază actul medical. De la începutul secolului al XIX-lea, medicina științifică în constituire fusese obligată să admită: „zeii au pus diagnosticul înaintea terapiei"; ideea a fost formulată astfel de O. Naegeli, care valorifica o regulă veche: *„Diagnosis certa ullae therapiae fundamentum"*. Tot efortul deci, pentru recunoașterea bolii! Dar conceptul de boală s-a conturat tîrziu în istoria medicinii. Noțiunea nici n-a existat ca entitate specifică pînă în secolul al XVII-lea, și se datorește lui Thomas Sydenham. Acesta fusese puternic impresionat de dezvoltarea taxonomiei pe care botanica o datora lui Linné.

În prefața la a treia ediție a operei sale („Medical observations concerning the history and cure of acute diseases") scria: „În primul rînd e necesar ca toate bolile să fie reduse la specii definite și sigure, cu aceeași grijă pe care o vedem demonstrată de botaniști". Pentru Hipocrate și pînă tîrziu, boala era privită doar ca suma unor simptome clinice. Vor fi construite sisteme nosografice tot mai solide, mai bine justificate prin progresul științei și mai logice, oferindu-se în acest fel condiția de bază a intervenției medicale.

Era anatomopatologică, dominată de Bichat și Morgagni, a formulat un sistem nosografic bazat pe aspectele necroptice. Introducerea microscopiei a permis lui Virchow să fundamenteze histopatologic boala. Lui Pasteur i se datorește „etiologismul", entuziasmul descoperirii cauzei. Acesta a dus la cunoașterea bolilor infecțioase. Și tot astfel au fost izolate diferitele entități morbide induse de factori din mediu (fizici, chimici etc.). A apărut genetica, alergia, imunopatologia. Au existat diagnostice la modă și boli la modă. Conceptele au fost mereu revizuite. Delimitările empirice vechi au fost substituite de cadre nosologice științifice. Ceea ce, de exemplu, era cunoscut sub denumirea de „diaree" (de la grecescul *dia rhein* = a trece prin) s-a multiplicat cu progresul investigației la zeci de entități dominate de această manifestate clinică. Moment de derută conceptuală, cînd a apărut necesitatea unei noi sinteze, pe noi baze („malabsorbție", Cross, 1953). Ceea ce fusese descris drept „arterioscleroză", pe baze necroptice, de Lobstein (în 1833), s-a dezmembrat progresiv în 5—6 entități morbide, una dintre ele fiind „ateroscleroza", delimitată de Marchand (în 1904). Și ne putem imagina că pînă în 1946, cînd a apărut monografia lui Kalk, lipsea din inventar noțiunea de „hepatită cronică". Ideea de „colagenoză", atît de familiară astăzi, s-a născut abia în 1948 (Klemperer). Incongruențele și contradicțiile conceptuale și lingvistice au impus în ultimele decenii „reglementări" din partea OMS, prin comitete de experți, pentru revizuirea și standardizarea unor sisteme de clasificare. În acest fel, ni s-a oferit o nouă clasificare privind diabetul zaharat sau cardiopatia ischemică, două exemple numai, pentru ca în timp, să asistăm la revizuirea re-

vizuirii. Este progresul cunoașterii. Introducerea tehnicilor de biopsie în clinică a orientat tot mai mult spre morfologizarea diagnosticului, alt prilej de confuzie: tratăm boala (înțeleasă ca suferință) sau tratăm leziunea („găselnița" întîmplătoare poate, fără semnificație de multe ori, dar, adevărat, punct de plecare cîteodată spre procese progresive). Am ajuns în prezent chiar la disjuncții: riscul de boală prin predispoziție ereditară, („genotip") sau prin leziune cu potențial evolutiv, și boala propriu-zisă, rezultat al interferenței acestui risc de teren cu alți factori de risc, din mediu. Delimitarea risc-boală poate fi practic imposibilă, mutația neputînd fi surprinsă nici măcar printr-o „monitorizare" sistematică.

Se explică de ce, paradoxal, rămînem încă prea adesea tributari diagnosticelor „de așteptare". Recurgem, anticipativ la diagnostice *„ex juvantibus"*, la etichetări provizorii, aplicînd dacă se cere tratamente la fel de puțin fundamentate. Dar mai mult, facem și tratamente „fără diagnostic". Folosim încă nume de oameni (fie medici observatori, fie bolnavii princeps) drept nume pentru boală. Să ne reamintim, cu aceste limite ale cunoașterii noastre ambițioase, de felul în care Hipocrate își designa observațiile sale clinice: „soția lui . . . de lîngă templul lui Apollo, care zăcea de trei zile cu febră . . ."

Treptele istoriei se străbat greu. Iată un singur exemplu. La sfîrșitul secolului trecut s-au descris manifestările cutanate, considerate drept un *„morbus suis generis"*, de către Hutchinson 1877, Besnier 1889 și Boeck 1899. După 18 ani, Schaumann în 1917, recunoștea și prezența unor manifestări pulmonare asociate. Ulterior se va preciza că acestea reprezintă de fapt componenta centrală a noului sindrom. Între timp, Morosov și Perthes (1908) descriu o „nouă" boală osoasă, denumită, *„osteitis cystica"*, privită drept boală autonomă. Abia în 1919, Jungling a afirmat apartenența acesteia la sindromul cunoscut pînă la urmă drept „boala Besnier-Boeck-Schaumann", precizată între timp ca „sarcoidoză benignă". Abia recent s-a descifrat patogeneza ei imună dar factorii inductori rămîn încă ignorați (evident, cu ipoteze și argumente pro și contra).

* * *

Erorile nu pot lipsi, în ciuda unui aparat logico-științific atît de complicat și perfecționat cum folosește medicina. Sau poate, tocmai de aceea. Sistematizări se pot face din multe puncte de vedere. În dinamică, riscul de eroare ține de semnalizări și înregistrări greșite de informații, de omisiuni și interpretări. Detaliind, putem incrimina pe însuși bolnavul — sursă de informații (dezinformări involuntare sau falsificări, ca în sindromul Münchhausen), pe medic (mai adesea, pentru examen incomplet, incorect, neverificat prin repetare), sau limitele tehnice ale aparatelor și defecțiunile lor. Medicul se înșală și este înșelat. Exercitarea meseriei noastre este înconjurată de capcane spune Marcel Sendral (1967).

Medicul este unul din cei care au înțeles, înainte de a fi fost exprimat, îndemnul lui Elytis, „mănîncă progresul cu coajă și cu sîmburi cu tot!" Apelează de aceea lejer la investigația ce i se oferă. Să recunoaștem, medicina datorează statutul său actual de prestigiu tocmai introducerii științelor exacte în practica clinică. Fiecare nou moment al revoluției tehnico-științifice atrage o explozie de informații, la început derutante, dar care se decantează și se clarifică prin experiență. Astfel de momente au fost uneori atît de zgomotoase, încît orice referire trebuie să aibă în vedere: era preradiologică sau radiologică? preendoscopică sau endoscopică? etc.

Cu posibilitățile prezente putem detecta bolile din stadiul de latență. În bolile manifeste, clinica oferă un punct de plecare. Oricum, urmează să se desfășoare secvențial o serie de investigații. Care vor avea însă prioritate? În ce ordine le vom efectua? Care trebuie evitate? Cînd ne putem opri? Greșeli se pot face în două direcții: prin omisiune și prin exces. De prima ne ferește competența, am putea crede, și mai ales responsabilitatea, „vigilența". Suprainvestigația poate părea un plus de rigoare, un supliment în certitudine, un exces de conștiință. Cu alte cuvinte, o calitate a actului medical. Există în realitate și un efect placebo al unei explorări dorite. cînd aceasta dobîndește un prestigiu (real sau închipuit) și o forță simbolică magică. Mai demult, „a fi văzut la raze" echivala aproape cu garantarea însănătoșirii. Dar astăzi? Sînt încă destui bolnavi care vor să-și facă „toate analizele". Fetișul probelor de laborator a născut adevărate boli ale epocii: să numim, pentru bolile hepatice, „timolita", „transaminazita", „antigenita", toate dominate de anxietate sau preocupări hipocondriace.

Medicii înșiși sînt atrași de mirajul explorărilor. Trăim o veritabilă criză. S-a invocat pericolul „avalanșei" pe care medicul modern o declanșează fără s-o mai poată opri. S-a readus în atenție ucenicul vrăjitor al lui Goethe. Neajunsurile suprainvestigației sînt reale, ele se măsoară în timp, cost, agresivitate și risc. Măiestria aici se arată: a ști să faci cît mai mult, cu mijloace cît mai puține.

O analiză rațională, bine fundamentată clinic, poate fi însă în măsură să stabilească secțiunea de aur între refuzul și acceptarea investigațiilor pe care tehnica ni le oferă. Este problema generală a științei. Suprainvestigația nu este o maladie specifică medicinii.

DIMENSIUNEA UMANISTĂ A MEDICINII

Omul s-a născut în peșteră — învățăm — și a trăit mai întîi în pădure. Și-a construit într-un tîrziu Cetatea și a rămas de atunci în ea, refăcînd-o mereu. L-a marcat însă lecția dură a junglei, învățată cu primii pași spre umanizare. De aici, s-ar putea, cele două limitări — neîncrederea și agresivitatea — între care își trăiește drama și măreția. Lupta omului cu omul a putut apare drept un mod necesar de a exista; că omul ar fi „lup pentru om" a spus-o de mult Plaut, aserțiune șocantă și reeditată mereu în momentele tulburi ale istoriei. În felul său îl susținea și Plinius cel Bătrîn: „omului cele mai multe rele de la om îi vin".

Și totuși — în aceeași antichitate latină — o altfel de convingere: „*homo res sacra homini*", pentru Seneca, un lucru sfînt deci. Dilatînd ideea, poetul Caecilius adusese și o condiționare: „*homo homini deus est*" dar numai „dacă își cunoaște datoria". Ce înseamnă oare această datorie? Unde începe și unde încetează? Este problema pe care fiecare a văzut-o în felul său, sub lumina interesului propriu. Și iată cum ne mai întrebăm astăzi, ce este în definitiv omul pentru om.

Discuția are în vedere relațiile interumane. Esența stă în procesul de integrare a insului în grupul de care ține. Armonizarea cu natura s-a dovedit mai simplă: supraviețuiești sau pieri. Operînd cu inteligență, omul a dovedit că poate stăpîni chiar condiții excesiv de aspre. Puterea lui de adaptare s-a dovedit în acest sens extraordinară. Armonizarea cu semenii săi este în schimb mult mai complicată, din cauza subiectivismului și a egocentrismului instinctual. O deplină armonie interumană a fost dorită totuși și multe din firile alese au visat-o. Uneia din ipostazele ei i s-a spus „Utopia", pentru că nu putea fi nicăieri așezată. Și omul a continuat să nădăjduiască și să lupte mai departe. O facem și noi la acest ceas al nostru, cu convingerea că știm ceva mai multe. Admirăm armonia celestă și rotirea nenumăratelor stele, fiecare pe orbita sa, strălucirea uneia neîntunecînd pe nici o alta. Dar lecția lor nu servește omului pentru că stelele n-au nici sentimente și nici ambiții, rămîn duse mereu de aceleași forțe care le impun mișcarea. Și apoi nici nu știm cîte catastrofe se vor fi produs într-un univers tînăr, cîte planete vor fi pierit mai înainte de stabilizarea matematicii lor de astăzi. De ce spunea Giovanni Papini: „*L'uomo è una Bestia che deve diventare Angelo?*" Pentru a reliefa, probabil, străduința lui spre perfecțiune. Te uiți în ochii copiilor și sorbi zîmbetul lor încrezător. Să fie tot ei oare cei din care vor crește mîine atîtea ființe brutale și alienate, refuzate consensului de om? Vezi atunci cum deplasarea ia un sens invers și omul, din înger, devine uneori bestie.

Istoria nu poate fi ocolită, doar înfruntată. Noi am străbătut multe trepte spre idealul nostru umanist. Libertatea politică și economică, odată dobîndite, mai e nevoie și de eliberare de sine, de părăsirea amintirilor despre tiranicul Ego și de acceptarea că și alții există lîngă noi. Totul revine la conștiință. Despre ea s-a spus însă cu cinism: „conștiința, nu e o problemă, cu ea mă împac ușor, ne cunoaștem de mult". Or, aisbergul rămîne ascuns sub apă cu cea mai mare parte a sa. Cine poate controla atîtea posibilități de manifestare neumană și antiumană? Normele obiectivizate în coduri fie juridice fie morale, acoperă doar formele mai flagrante ale devierilor comportamentale. Este drept, oamenii au nevoie de toleranță. Umanitatea însă are nevoie de fermitate. Spre a supraviețui, spre a progresa! *Dura lex* privește tocmai procesul de integrare. Umanismul înseamnă desigur respect și dragoste față de om, dar e vorba de omul umanizat, nu de antropoidul care refuză tocmai un astfel de demers. Secțiunea de aur între indulgență și exigență nu s-a găsit încă.

Drama omului a început atunci cînd nu s-a mai mulțumit să contemple, ci a vrut să înțeleagă. Iar măreția lui, odată cu puterea de a se stăpîni. Prea multe adevăruri trebuie însă mereu redescoperite. A fi om

înseamnă în primul rînd conștiința că aparții unui grup de oameni. Interesele tale nu pot contrazice pe ale altora. Părerea proprie despre sine se cere mereu confruntată cu a celor din jur. Trebuie să învățăm să ne privim și cu ochii altora. Ne vom cunoaște mai exact. Competența nu poate fi altfel atinsă decît făcînd ceea ce știi bine. Angajarea nu este un privilegiu al celor care acceptă să se dăruiască, ea ține de responsabilitatea tuturor. Și apoi, prea puțini ar fi pilonii progresului dacă ne-am lăsa fiecare numai pe seama marilor personalități. Există o răspundere a vieții și împlinirea ei face pentru om bucuria de a trăi.

Din păcate prea adesea trăim dominați de problemele noastre, uitînd cota ce ne revine fiecăruia de adăugat la tezaurul umanității. Predici s-au tot ținut. Nu sînt de ajuns. Iată, mai vedem și astăzi la Olimpia statui ridicate de cetățile pedepsite pentru necinstea în jocuri a reprezentanților săi. Și sîntem aici în domeniul unor activități care oferă modelul de competiție ideal: sportul. Tot oameni, zicem.

Neîncrederea în om și în perfectibilitatea lui ar fi totuși cea mai gravă eroare. Blazarea și scepticismul nostru ne-ar condamna. Nici formulările demagogice despre o perfecțiune care nu există nu ne salvează. Amenințarea dublei conștiințe, una pentru fațadă și alta pentru uz intern, — veritabilă schizofrenie socială — este poate cea mai periculoasă. I se opune consecvența între vorbe și fapte. Procesul de formare a omului de tip nou este la început și diferențele dintre generații se șterg de multe ori doar în desfășurarea sa. Tinerii pășesc în lume conduși pînă la un punct de cei care îi știu, prin experiență, legile. Aceștia la rîndul lor, se confruntă cu idealul pe care ei înșiși l-au propus, dar și cu așteptările celor care vin după ei. Din ordinea perfectă a moleculelor care îl alcătuiesc rezultă și transparența strălucitoare a cristalului. Din topirea sunetelor unui mare număr de instrumente într-unul singur rezultă armonia unei orchestre.

Rădăcina marilor înfăptuiri este visul. Progresul n-ar fi fost posibil dacă oamenii nu și-ar fi încărcat viața cu probleme de nerezolvat. Omul nu poate fi altceva pentru semenii săi decît un om, un om adus la dimensiunile la care are dreptul prin istoria sa frămîntată. Să învățăm însă copiii să rostească întîi cuvîntul „eu", asumînd sentimentul demnității, și nu „al meu", prin care se izolează de cei din jur. Cînd vom vedea în fericire altceva decît confortul propriu, lumea va deveni cu adevărat fericită. Ne găsim echilibrul doar ținînd seamă de toate datoriile noastre: față de trecut și viitor, față de noi înșine și umanitate. Ceea ce ne dă satisfacții adevărate nu sînt laudele, ci prețuirea pentru ce am înfăptuit. Dragostea de sine se împletește cu răspunderea de sine și cu respectul pentru alții.

Homo homini homo! Este șansa unică a perpetuării omului „*humanus*". Pentru medicină și temelie și cheie de boltă.

*
* *

Dintre imperativele umaniste ale medicinii, în mod obișnuit se acordă interesul cuvenit celor predominant integrative, care controlează relația medic-bolnav, medic-medic și medic-societate. Consecutiv, în aceste domenii de referință se înregistrează și abaterile mai supărătoare. La o astfel de ierarhizare contribuie specificul sistemului binominal, în cadrul căruia termenul lezat — sau care se consideră ca atare — reacționează, denunțînd dezechilibrul sistemului și frustrarea care i se impune. Problema nu poate fi însă limitată la aceste aspecte exterioare. Actul medical trebuie să fie umanist în mod intrinsec, prin însăși gîndirea și strategia actiunii medicale. Este motivul pentru care toate operațiile medicului sînt adînc tutelate de conștiință, de norme morale și de reguli deontologice.

O premisă care a generat de fapt apariția profesiei medicale în diviziunea muncii este competența de a rezolva problemele ce-i sînt aferente. Adevărata măsură a medicinii a devenit eficiența. Ea însă nu poate fi bazată exclusiv pe o pregătire tehnico-științifică. Viziunea profesională este restrictivă, nu poate fi subestimat resortul moral, cel care dictează aplicarea individualizată și oportună a potențialului științei medicale. Încrederii pe care o manifestă omul bolnav trebuie să i se răspundă printr-o decizie optimă. A accepta solicitări fără a fi în situația să le satisfaci, nu-i altceva decît im-

postură. Înapoia titlului de „medic" trebuie să existe dar, întreaga competență care îl definește.

Altă premisă este aplicarea efectivă — în mod sistematic și nediscriminatoriu — a posibilităților de intervenție disponibile. Știința de care dispui trebuie valorificată. Ambroise Paré atrăgea atenția, „fiți față de alții cum ați vrea ca alții să fie față de voi". Saegesser propunea această întrebare de control: „Ce aș face dacă ar fi vorba de mama mea, de copilul meu?". Testul care ne disculpă moral de fiecare dată, cel care ne cruță de remușcări atunci cînd am trăit un eșec ar fi răspunsul pozitiv la interogația: „Am făcut totul pentru acest bolnav, tot ce ținea de mine?". Ceea ce presupune cunoașterea limitelor proprii, „a ști că nu știi", cum ne învăța Socrate, situație cînd apelezi la alții mai folositori în cadrul respectiv.

În diagnostic, ne propunem să cunoaștem boala și cauzalitatea ei cît mai exact, pentru a o putea influența. În ierarhizarea variantelor nosologice pe care ni le sugerează manifestările ce ni se impun la primul contact, trebuie să avem în atenție în primul rînd bolile cu risc important și cu potențial evolutiv grav. Ele trebuie excluse în primul rînd sau, dacă există, combătute. Considerăm în acest sens drept poziție de înaltă ținută morală „cancerofobia" medicului, în raport cu pacientul său. Așa cum, în sindroamele abdominale acute, urmărim bolile care reclamă intervenția chirurgicală de urgență drept unicul gest salvator. Acest spirit de „vigilență" este menit să protejeze bolnavul de amenințările posibile maxime. La securitatea bolnavului contribuie, evident, participarea afectivă a medicului, compasiunea, empatia. În același sens, trebuie „vînate" cu toată rigurozitatea bolile fruste, disimulate sau latente, care scapă unei investigații de rutină. Orientarea tot mai activă a medicinii moderne satisface o exigență morală. Să căutăm boala și s-o surprindem în faze de început este un ideal care se bucură de tot mai adînc interes. Se cer mai departe, identificați factorii de risc, pentru a putea îndeplini programul ambițios al profilaxiei primare, cea care urmărește să combată boala mai înainte de a se naște, atunci cînd este doar o potențialitate. Tehnica actuală a deplasat răspunderea diagnosticului spre probleme tot mai

fine, ancorate în fondul genetic sau în ecologie. Aspecte neglijate altădată sau chiar ignorate, au dobîndit azi proporții deosebite, în aceeași orientare consecvent umanistă a medicinii.

Utilizarea investigațiilor, excesiv de multe ca număr, presupune un echilibru: suficiente pentru documentarea diagnosticului complet dar nu prea multe, încît să suprasolicităm pe bolnav și să-l expunem la riscuri inutile. De aici, nici insuficiență, dar nici abuz. Se recomandă o ierarhizare: mai întîi explorările simple, ușor tolerate, nedăunătoare, apoi în trepte, pe măsură ce devin necesare, cele care atrag disconfort și presupun riscuri calculabile (mijloace de investigație „agresive", „invazive"). Programul dinamic al explorării nu reflectă doar exigența tehnico-profesională, ci și pe cea etică. Nu urmărim eficiența în sine, ci beneficiul și cruțarea bolnavului. Este moral să faci tot ce îți stă în putință pentru a descifra o situație patologică, fără să te descurajezi și fără să te iluzionezi, păstrînd mereu în alertă interesul pentru bolnav și responsabilitatea. Să ne amintim de renumitul medic olandez al veacului al XVII-lea, Boerhaave: „Atenție, cînd este vorba de pielea unui om!".

În tratament, se ajunge la rezultate inegale, uneori vindecare, mai ades ameliorare, uneori doar alinarea unor simptome. Acceptăm limitele impuse medicinii de factori obiectivi, acceptăm eșecuri. Condiția morală a actului terapeutic ne obligă însă la epuizarea succesivă a tuturor resurselor pe care le cunoaștem și de care dispunem, la valorificarea oricărei șanse. Și aici se recomandă judecarea raportului dintre beneficiu și risc. Farmacovigilența s-a născut ca o prelungire a imperativului hipocratic de a nu face rău, un imperativ adus la dimensiunile uriașe ale *materiei medica* de astăzi. Medicul construiește un program terapeutic rațional, solid, coerent, nu se limitează la negații și la distrugerea sistemului habitual de deprinderi. A prescrie și nu a proscrie! Iatrogenia — boala generată prin acțiuni medicale — nu poate fi privită doar ca risc profesional ușor acceptabil. Să ne asigurăm că tot ce administrăm este bine motivat: a prescrie și nu a „prea-scrie". Iar dacă riscul este inevitabil într-un procentaj știut, a lua măsurile cuvenite de prevenire și de eventuală combatere.

Riscul medical este o realitate, atît în explorare, cît și în tratament. Efortul progreselor tehnice este de a-l reduce și se cunosc azi uimitoare performanțe în multe domenii. Este recomandabil ca el să fie gîndit de pe poziții etice, nu doar juridice. Decizia se cere luată exclusiv spre binele bolnavului, după o cîntărire atentă a argumentelor pro și contra. Acordul bolnavului nu scutește pe medic de răspunderea ce-i revine. Urgențele constituie aria paroxistică a solicitării și responsabilității medicale. Hotărîrile trebuie să fie rapide, se apelează la mijloace de multe ori eroice, eforturile sînt neobișnuite iar succesul nesigur. Respectul și dragostea pentru viață influențează însă tăria de a nu se părăsi bolnavul, cît timp există cea mai mică posibilitate de salvare.

Reabilitarea, ca ultimă verigă a actului sanogenetic, satisface în mare grad cerințele umanismului medical. Ea îl transformă pe infirm, pe deficitar, într-o persoană activă. Ea readuce pe omul suferind în mediul său de viață și activitate, reoferindu-i perspectiva realizării. Îi redă astfel demnitatea, bucuria de a trăi și sentimentul de împlinire. Ea perfectează eliberarea de boală.

Este adevărat că „bolile se vindecă prin medicamente și nu prin elocință", cum spune Celsus. Este legitimă și butada: „prefer să am la capul patului, ca bolnav, pe un doctor care să mă salveze și nu pe unul care se uită neputincios la mine și plînge". Este neîndoielnic adevărul din aserțiunea lui J. Bernard că „bunătatea și mila nu compensează ignoranța". Ne este însă tot atît de limpede că „profesionalismul" și „umanismul" sînt — pentru actul medical — laturi care nu pot fi desprinse una de alta. Însăși ignoranța devine o culpă. Iuliu Hatieganu spunea: „Marele etos medical este o contopire solidă a bunătății, onestității, a bunului-simț, a abnegației, a devotamentului, a sacrificiului și a responsabilității". Iar un alt venerabil profesor, cu prilejul despărțirii sale de catedră, declara: „Există o singură medicină, cea a medicilor eficienți, care sînt în același timp competenți și generoși" (R.-S. Mach, 1974).

Înțelegem de ce condiția morală a reținut în cel mai înalt grad atenția marilor clinicieni, care nedespărțit de instruirea elevilor lor le-au dăruit acestora jaloane perene de conduită. Dacă Rabelais făcea o ge-

neralizare, „știința fără conștiință este ruina sufletului", pe care marele chirurg Billroth o localiza oarecum la specialitatea sa — „mîini curate și conștiință curată", mai aproape de noi, Hatieganu o va transforma într-o deviză mereu actuală: „Medicina este știință și conștiință". I. Goia reda astfel ideea: „Fără un suport moral, cariera noastră atît de sublimă (. . .) devine nu numai extrem de dificilă, ci chiar penibilă". La rîndul său, O. Fodor constata: „Latura etică transformă medicina din „profesiune" în „misiune", conferindu-i conținutul specific". Secolele se întîlnesc în aceeași idee, în cele mai felurite formulări: „întreaga medicină este iubire" (Paracelsus), „numai un om bun poate deveni un medic bun" (Nothnagel), „conștiința profesională, iată ceea ce medicul trebuie să salveze cu orice preț, dacă vrea ca medicina să-și păstreze demnitatea și să fie respectată" (Pasteur Valery-Radot), „fără tehnică, medicina nu-i o meserie, dar fără umanism și căldură umană nu-i decît o meserie" (Ch. Gross), „umanismul, în sensul cel mai frumos al acestui cuvînt, al dragostei de om, este indispensabil pentru a fi un medic adevărat" (M. Voiculescu).

Medicul nu are alternative: ori slujește omul în întregime ori deloc (o meditație a lui Camus).

* * *

Secolele care au trecut și mutațiile contemporane rapide au îmbogățit mereu știința și practica medicală cu tot mai alese valori. Statutul de prestigiu de care medicul se bucură astăzi — dar nu numai el, ci toți cei care stau alături de omul suferind — se bazează în egală măsură pe progresul tehnico-științific și pe cel comportamental. Bunătatea și generozitatea și-au găsit în medicină locul de maximă efloreșcență. Stăruința de a depăși cu încăpățînare piedicile, spiritul iscoditor, inventivitatea, nu pot fi niciodată de ajuns acolo unde se poartă lupta pentru viață. Căldura ochilor și blîndețea mîinii care mîngîie, atmosfera învăluitoare și caldă de protecție sînt dorite și căutate de oricine, cînd ajunge strivit de suferință. Or, cînd te îneacă amarul, mama

este cea pe care o strigi. Cîntecul de leagăn nu se uită și nici pieptul care te-a ocrotit.

În medicina populară, mama este cea care s-a legat de toate încercările luptei cu boala. Ne-o amintește duios și Ion Creangă, evocînd „năzdrăvăniile" — cum le spune el — ce duseseră mamei sale vestea, prin care ea alunga durerile ca pe nimica („bătea pămîntul sau peretele sau vreun lemn de care mă păleam la cap, la mînă sau la picior, zicînd: „na, na!" și îndată-mi trecea durerea"), ea, stăpînă peste vreme („ieși copile cu părul bălai afară și rîde la soare") și peste cele bune și cele rele, de tot felul. Mai mult, etnoiatria noastră are în aria ei pe „măicuța cea bună", pe „baba cu leacuri și cu descîntece", dar și pe toate bunicile, pe mătuși și pe nănașe, într-un cuvînt, toate, femei.

În cultura altor popoare, la originea primelor rudimente de medicină a stat, dimpotrivă, vraciul, șamanul, care împletea intervențiile sale cu demonologia sau religia. Nu ne surprinde deci dacă istoria a înregistrat mai tîrziu, cu deosebire figurile unor bărbați ca iluștr. medici. În mitologia greacă, primul mare vindecător era Asclepios, fiu al lui Apollo, zeul luminii, și discipol al bunului centaur Chiron, (cel care își pierduse viața într-o încercare de ajutor). Asclepiazii toți care au urmat s-au înscris pe linia înaintașului lor. Dar iată, pentru aceeași epocă, paradoxal, în Olimp, simbolul sănătății era o femeie: Hygeea, fiică a lui Asclepios. Ea cunoștea arta păstrării sănătății, iar pentru tămăduirea bolilor era ajutată de cele două surori ale ei: una Panakeia (a-toate-vindecătoare), reprezentată simbolic în artele plastice împreună cu șarpele și cupa, și alta Akeso, mai puțin cunoscută. Spiritul logic elin restabilea astfel un echilibru esențial; femeia nu putea lipsi din cîmpul medicinii. Și totuși, medicii sacerdoți vor ridica bariere de castă, împiedicînd pătrunderea femeii în lumea lor. Bariere care nu puteau fi însă perene. Drept primă excepție, istoria a reținut figura acelei Agnodice, care își făcuse ca ginecolog o mare faimă în Alexandria elenistă, evident practicînd în travesti. Denunțată de confrații săi, ea a fost silită printr-o sentință judecătorească să-și dezvăluie impostura, veșmintele îngăduitoare ale vremii ascunzîndu-i altfel bine feminitatea.

Pătrunderea femeii în medicină s-a făcut deci mai tîrziu, dar a continuat apoi impetuos. De acest moment se leagă și profilul unui personaj de mare poezie, infirmiera. Ea a apărut cu primele bolnițe și lazarete, în contextul inevitabil monahal de atunci. Cu începutul nostru de secol a fost tot mai mult preluată de femei activitatea de farmacist, ele luînd locul alchimiștilor de odinioară. În prezent, nu ne mai putem închipui nici una din specialitățile medicale ca incompatibilă cu personalitatea femeii. Structura sa fragilă și sensibilitatea care îi este proprie aduc un plus de căldură, condiția de mamă, o mai blîndă înțelegere. Tenacitatea sa aduce bolnavului o șansă în plus. Cine leagănă germenii de viață la piept, ar mai putea lăsa să se stingă flacăra vieții?

Înțelepciunea, priceperea și demnitatea vechilor magiștri ai medicinii s-au îmbogățit astfel cu noi valori, datorită femeii-medic.

*
* *

Compasiunea și dorința de a ajuta pe cel suferind sînt impulsuri native ale omului (se înregistrează și la multe din animale). Primul gest a fost, evident, spontan. De aici generează însuși sensul umanist al medicinii. El a fost dăltuit drept primă normă în jurămîntul hipocratic: „Voi îndruma îngrijirea bolnavilor spre folosul lor, pe cît mă vor ajuta puterile și mintea . . ." Textul continuă cu o a doua obligație, care subliniază mai limpede sarcina asumată de medic: „. . . și mă voi feri să le fac orice rău și orice nedreptate".

Ideea apare exprimată și în cartea „Despre epidemii" a lui Hipocrate (sec. IV î.e.n.): „În combaterea bolilor, se cer două lucruri: să ajuți sau să nu faci rău". În transcrierea latină din textele de mai tîrziu ale lui Galenus (sec. II e.n.) apare și cuvîntul „*imprimis*" (cu sensul de „*primum*") în această ultimă propoziție, încît traducerea latină devine: „în primul rînd să ajuți sau să nu faci rău" (cf. L. J. Nelson, 1983). Plecînd de aici, în secolele următoare s-a rămas — în limbajul obișnuit — doar la cel de al doilea termen al formulei hipocratice: „*primum*

non nocere" (mai întîi să nu faci rău), cu o variantă mai populară, „*primum nil nocere*" (mai întîi nimic rău).

Acesta a fost privit pînă astăzi drept principiu esențial al eticii medicale. Cu această invitație la prudență, medicina a înregistrat însă destule erori. Teama de a nu greși, a impus prea adesea o atitudine pasivă, de expectativă, de neangajare. Acutizarea răspunderii în epoca modernă — mai ales a celei civile și penale — a facilitat, în mod regretabil, deriva medicului spre non-intervenție, atunci cînd n-a avut siguranța lipsei de risc. Cînd norma etică fundamentală te invită „ferește-te de complicații", încurajîndu-te să nu intervii dacă nu ești sigur că nu vei agrava starea bolnavului, închistarea medicului în cochilia protectoare a standardului, a deprinderii verificate, a rutinei, este ceva normal. Or, experiența ne arată că multe vieți au fost salvate tocmai printr-o neobișnuită îndrăzneală cînd, în lipsa unor soluții confortabile au fost încercate altele, grevate de riscuri și chiar de eroism. Să-l amintim, înțelegîndu-i respectul față de inima „tabu", pe Billroth (1883): „Acel chirurg care va îndrăzni doar să gîndească că poate sutura o parte a inimii, va pierde respectul colegilor săi". El era hipnotizat de legămîntul său hipocratic, așa cum îi fusese transmis. Dar astăzi, cînd reacțiile secundare, nedorite, au crescut proporțional cu eficiența medicamentului și a explorărilor, în temeiul lui „*primum nil nocere*" ar trebui să înregistrăm prea multe dezertări.

Realizînd norma hipocratică, înțelegem de ce n-ar putea fi disociate cele două aspecte. Trebuie să acceptăm: „*primum utilis esse et nil nocere!*". Decizia medicului trebuie să fie luminată prioritar de imperativul intervenției în folosul omului bolnav. Actul implică însă totdeauna o analiză a riscurilor și, dacă există, adoptarea măsurilor profilactice. În dorința rectificării invitației la abstențiune a medicului, s-a trecut chiar la inversarea raportului: „*Primum utilis esse*" (L. J. Nelson), argumentîndu-se astfel poziția adoptată: „un bolnav merge la medic deoarece posedă cunoștințele și îndemînarea de care el are nevoie pentru a-și redobîndi sănătatea și integritatea". O astfel de teză ne-ar putea surprinde, dar de fapt ea reflectă esența medicinii. Să faci ceva pentru bolnav! Așa o găsim înscrisă și în manuscrisul indian

din antichitate, Charaka Samkita, care cuprinde cel mai vechi text de deontologie medicală: „Zi și noapte, trebuie să te străduiești pentru alinarea bolnavilor, din toată inima și din tot sufletul".

Numai astfel vom reuși să evităm alienarea la care s-a putut ajunge, în unele locuri din lume, unde agresivitatea interumană a sporit litigiile juridice dintre bolnavi și medici, în mod artificial, pentru „daune și prejudicii"; s-a ajuns la refuzul gestului salvator în lipsa unor mărunțișuri avocățești care să-l pună pe medic la adăpost de revendicări viitoare.

*
* *

Sisteme normative privind conduita medicului au existat în toate timpurile. Pare că primele reglementări cu putere de lege vizînd această îndeletnicire au fost făcute prin Codul Hamurabi (2500 î.e.n.). Literatura de acest gen a devenit extrem de bogată, cu prevederi care s-au modificat în mare măsură, paralel cu progresele științei și cu restructurarea statutului social al medicinii. O importanță majoră s-a acordat însă, concomitent, și „jurămintelor", „legămintelor", „angajamentelor" semnate sau rostite de medic o dată cu învestitura titlului acordat. Un studiu comparativ al acestora ar fi un fertil prilej de meditație pentru sensurile umaniste majore ale activității medicale. Chiar într-o evaluare sumară a valorilor stabilite prin acestea, reținem permanența unora din ele. În antichitate, jurămîntul hipocratic insistă asupra datoriei de îngrijire a bolnavilor „spre folosul lor", evitîndu-se a li se face „orice rău și orice nedreptate". Din evul mediu ne-a rămas, ca cea mai expresivă, „Rugăciunea medicală", atribuită lui Maimonide (1135—1204), care enunță o splendidă idee: „mare și sublimă este căutarea care își propune să păstreze sănătatea și viața tuturor creaturilor". Pentru epoca modernă, pare mai reprezentativ, „Legămîntul profesional" adoptat de Asociația Medicală Mondială (Geneva, 1948), care enunță cu sobrietate: „îmi voi exercita profesia cu conștiință și demnitate, voi privi sănătatea bolnavului drept principala mea grijă".

Nu puteau fi omise problemele comportamentului medicului. În etapa hipocratică și medievală se insistă asupra unor însușiri elementare, omenești: bunătate, răbdare, moderație, modestie, cinste, calm. Conștiința profesională apare în schimb mai exprimată o dată cu constituirea medicinii ca știință. Se respectă peste veacuri conștiința de școală, care presupune recunoștință față de maeștri și spirit de colegialitate. De la formulări stîngace despre „nevinovăție și curățenie", se ajunge la obligația „conservării vieții în serviciul umanității", a exercitării profesiei cu „conștiință și demnitate".

Postulatele lui Koch sînt deosebit de expresive prin introspecția la care obligă. Ele impun răspunsul la trei întrebări: dacă atitudinea adoptată „îi asigură bolnavului libertatea personală și de alegere", dacă „e bazată pe probabilități științifice mai mult decît pe tradiție și intuiție" și dacă „este în concordanță cu înțelegerea și bunătatea" așteptate de la cineva devotat. Umanism înseamnă respectarea tuturor celor trei criterii.

Breslele profesionale și, în epoca modernă, asociațiile medicale, au adoptat la rîndul lor „coduri deontologice" care orientează practica și cercetarea medicală. S-a ajuns la un punct în care acestea au devenit ample și precise. Ele se extind pe măsură ce apar noi probleme. Datorită acestui dinamism, deseori foarte precipitat, apar uneori și formulări litigioase sau curînd revizuibile. Sînt impasurile medicinii moderne, pe care nu le poate soluționa nici una din reglementări în clipa cînd ele se manifestă. Conștiința medicului rămîne de aceea forul suprem, chemat să decidă în foarte numeroase împrejurări. Poate că dilemele cele mai spectaculare vizează intervenția asupra fondului genetic sau prelungirea artificială a vieții. Cele mai numeroase sînt însă de ordin comun. De unde și convingerea că problematica etică a prestației medicale se prezintă asemenea unui aisberg: conștiința controlează partea cea mai voluminoasă, nevăzută, deontologia pe cea care străbate din valuri, iar legile pe cea care se ridică evident la suprafața apei.

* * *

În prezența unor abateri, medicii au fost judecați totdeauna cu un plus de intransigență. Acestea nu au putut fi multă vreme diferențiate de eșecurile inevitabile, pe care ni le explicăm astăzi. Iată cum, în vechiul Babilon, se tăia mîna medicului care greșea o operație de ochi, în vechea Chină era ars pe rug acel medic care nu putuse salva pe prințul căruia îi slujea. Culpele de „vătămare corporală" sînt desigur și astăzi prevăzute prin lege. Statutul lor este limpede.

Conduita medicului, în general, a fost ținută atent sub observație. Păcatele i-au fost vehement condamnate și cînd s-a putut, satirizate, vitriolate. Conceptul de „imaculare" a dobîndit aproape sacralitate teologică: mitul halatului alb! Iar pentru lapidarea celor vinovați, s-au găsit de multe ori mai mulți aruncători de pietre decît ar fi fost nevoie. Medicilor nu li se iartă nici chiar aparența de eroare sau culpă. Ceea ce obligă la un autocontrol neîntrerupt.

De fapt, bolile medicinii sînt boli ale medicului, și el un om, produs al unei istorii. Un om selectat prin concursuri foarte dure. Tinerii admiși azi în facultatea de medicină fac parte din elita promoțiilor de absolvenți ai liceelor. Ascund ei în sine un germene care să dezvolte mai tîrziu „boală"? Exclus. Să căutăm factori de risc și vom găsi. Vom găsi și surse de contaminare și căi de transmitere, ca într-o infecție. Medicul lucrează în relație directă cu oamenii. A le pune condiții sau numai a le sugera, este un abuz condamnabil. A accepta oferte de bunăvoință, la fel, mai ales cînd se solicită unele privilegii, exceptări, încălcări ilicite. A se lăsa prins de agresiunea poluantă a celor obișnuiți cu „tratamente" de excepție, este sau slăbiciune sau complicitate. Noile relații interumane de la noi tind să instaureze un climat decantat, din care nu pot lipsi modalități elevate de exprimare a omenescului sentiment de recunoștință. Ce frumoasă este limba românească! Și ce frumos am auzit: „este medicul care primește numai flori!". Am văzut și lacrimi. Și copii fericiți. A accepta jocul tentației, o derivă.

S-a făcut mult caz despre *„invidia medicorum"*. Ea nu este deloc *„pessima"*, cum ne sugerează dictonul transmis prin secole. Este doar mai aparentă; se manifestă în

acea medicină în care relația dintre medici devine mai mult o concurență. Consultul la care se recurge astăzi la noi își are reguli limpezi.

Altele sînt amenințările majore în relațiile medic bolnav: bolile comunicării. Ele sînt felurite, începînd chiar cu lipsa comunicării. Izolarea medicului, ermetismul său, împiedică realizarea sistemului medic-bolnav, și îi substituie relația medic-boală. Agresivitatea limbajului este dăunătoare prin iatrogenizarea la care duce. Prioritatea hîrtiilor față de omul bolnav care le poartă a fost numită „funcționarizare". De multe ori ni se cere în activitate creditarea suferinței, chiar dacă formele nu sînt întru totul îndeplinite. Excesul de standardizare amenință cu rutină și șablonism. Lipsa de interes, cu diagnostice de suprafață și tratamente ineficace, dacă nu chiar greșite. Dezumanizarea a apărut la un moment dat drept spectru iminent al unei epoci de tehnicizare. Ea exprimă însă o alienare a omului, instrumentul nu se poate interpune între medic și bolnav. Niciodată nu va putea dispare încărcătura emoțională și cointeresarea specific umană. Am asista atunci la robotizarea medicinii, or ea, își trage sevă numai din orientarea ei consecvent umanistă.

Din fericire, școlile de medicină au sesizat de mult astfel de pericole. Formarea medicului nu se poate face la întîmplare. Se face lîngă un magistru, lîngă un bolnav. Hipocrate considera că „medicul este asemenea zeilor" *(„iatros isotheos")*. Am putea spune mai curînd că medicul „este asemenea Omului" (cu O mare!), adică *„isoanthropos"*. Avem în vedere un om al zilelor noastre și, neîndoielnic, un om spre care tinde idealul nostru.

SPRE MAI ADÎNCI ÎNȚELESURI

Poate părea surprinzător cum un savant cu o putere de abstractizare atît de excepțională ca Einstein cugeta prin 1927: „Sînt convins că filosofii au avut un efect dăunător asupra progresului științei, schimbînd locul unor concepte fundamentale din domeniul empiricului, unde sînt sub controlul nostru, la înălțimile intangibile ale lui *„a priori"*. Noi, medicii, am fost crescuți în preceptul hipocratic: *„iatros isotheos"*, identificarea tămăduitorilor cu zeii fiind însă condiționată de întrunirea calității de *„philosophós"*, adică iubitor de înțelepciune. În concepția gînditorilor antici, *sophós* putea fi de fapt numai zeul, așa cum afirma și Socrate. Medicina și filosofia și-au găsit cunoștința de sine împletindu-se strîns.

„Castelul tău de gheață l-am cunoscut, Gîndire", scria Ion Barbu. L-au cunoscut dintru început și medicii, doar că pentru ei a fost un castel fierbinte, de foc, prin patosul umanitar care îi însuflețea. Aulus Cornelius Celsus, acest prim enciclopedist, va scrie: „La început știința vindecării era socotită drept o parte a filosofiei, astfel că atît tratamentul bolilor, cît și cercetarea faptelor naturii, purcedeau de la aceiași oameni". Printre filosofii-medici, cei mai strălucițI au fost Pitagora, Empedocle și Democrit. Să le adăugăm însă pe medicul-filosof Hipocrate. Lui îi datorăm, prin aforismul întîi, această splendidă meditație. „Viața e scurtă, arta e lungă; ocazia e de o clipă, experiența înșelătoare, judecata anevoioasă". Scepticism?. Nu, nu, luciditate, răspundere gravă, nevoie de verificare. Tot el subliniază că „cel ce nu știe ce este omul, nu e capabil să știe nici ce este medicina; acest lucru trebuie să-l învețe bine cel ce urmează să-i trateze pe oameni". Pregătirea filosofică a medicului s-a impus de pe atunci drept o condiție a competenței sale.

Găsim în multe locuri, prin textele antice, un mod de a privi medicina și filosofia ca „arte" asemenea una alteia. Democrit spunea: „Medicina vindecă bolile corpului, iar filosofia liberează sufletul de patimi" și într-o altă formulare, mai concentrată, „filosofia este medicina sufletului" (astfel transpusă în latinește: *„Est animi medicina philosophia"*). Ideea este reluată și de Cicero: *„Philosophia medetur animis"* (filosofia vindecă sufletul). Platon îl face pe Socrate să vorbească astfel în dialogul Charmides: „Așadar a fi înțelept și înțelepciune, nu asta înseamnă: a ști ce știi și ce nu știi, ci pe cît se pare, numai a ști că știi și că nu știi", și mai departe: „... medicina se întîmplă să fie și ea o cunoaștere... Medicina a fost definită drept o cunoaștere deosebită față de altele, datorită faptului că ea este cunoașterea referitoare la sănătate și boală". Este instructivă analogia pe care același Socrate o face într-un alt dialog, în Protagoras: „Dacă am întreba: oameni buni, cînd ziceți că cele bune sînt neplăcute, oare nu vă referiți la unele ca acestea, cum sînt de pildă (...) îngrijirile medicale ce comportă arderi, tăieri și leacuri amare? Oare nu le considerați pe acestea lucruri bune, pentru faptul că deși pe moment pricinuiesc supărări extreme și dureri, au mai tîrziu ca rezultat sănătatea și bunăstarea trupurilor?" Paralelismul va fi reluat mai tîrziu de împăratul filosof Marcus Aurelius: „Așa cum medicii au totdeauna la îndemînă instrumentele și aparatele necesare chiar unor intervenții neprevăzute, tot astfel și tu să ai pregătite învățăturile de temelie". Iată o modelare, măgulitoare pentru medic, propusă filosofului în devenire.

Gînditorii au reținut însă și limitele cunoașterii, în filosofie și în medicină. Era o atenționare menită să întîmpine hipertrofia orgolioasă a unor îndeletniciri de bază, care se diferențiaseră de puțin timp. Origen (185—253 e.n.) scria în „Omilii la cartea Numeri": „Dacă cineva se izolează și se sustrage de la toate activitățile, pentru a cultiva de exemplu medicina sau filosofia, el nu devine dintr-o dată atît de desăvîrșit încît să nu mai facă greșeli. Dar chiar și dacă săvîrșește greșeli, el tot poate ca într-o bună zi, prin muncă stăruitoare, să ajungă la desăvîrșire..." Gînditorul oferea deci șansa depășirii limitelor inevitabile la început (dar cum știm astăzi, inevitabile în parte chiar pînă la urmă). Acest risc devenise evident încă pe vremea lui Hipocrate, care în carea lui „Despre medicina veche", nota: „E greu să aduni cunoștințe atît de exacte încît să greșești puțin într-un sens sau altul". El compara pe cei mai mulți medici cu piloții de vas, ale căror greșeli rămîn neobservate pe vreme liniștită, dar care pierd nava din greșeală dacă vine asupra lor o furtună puternică; la fel, despre acest gen de medici: „cînd se găsesc în fața unei boli grave, violente, și periculoase, greșelile lor și nepriceperea lor sînt descoperite de toți".

Filosofiile au fost însă, în cursul istoriei, de multe feluri, de prea multe. S-a reținut neliniștea și contradicția căutărilor și în medicină. S-au diferențiat chiar pentru medicina greacă trei „școli": cea rațională, care se limita la speculații teoretice asupra cauzelor bolilor, cea empirică, limitată la experiența directă și cea metodică, promotoare a unei duplicități (bolile ar avea drept cauze „condensarea" sau „slăbirea" — relaxarea — și, eventual asocierea lor). Medicina empirică a fost confundată cu scepticismul, deoarece un filosof sceptic însemnat ca Sextus Empiricus, era medic empiric. Confuzia a fost însă combătută. Să reținem distincția aristotelică: „gîndirea care gîndește gîndirea", dar să recunoaștem propulsarea extraordinară dată științelor, în dezvoltarea lor, de preceptul „îndoielii sistematice" formulat de scepticul Pyrrhon. Stoicismul și-a pus și el amprenta asupra personalității omului suferind, educîndu-l să conviețuiască cu suferința. Tezele pe această temă păstrează totuși un emfatism puțin convingător. Kant aprecia chiar drept ridicolă ipoteza stoicului Posidonius, care bolnav și chinuit de dureri, gîndea: „durere, oricît ai fi de neplăcută, niciodată nu mă vei face să mărturisesc că ești un rău". Filosoful din Königsberg admitea totuși că dreptatea rămîne de partea cugetătorului de demult, deoarece „durerea nu micșora cîtuși de puțin valoarea persoanei lui, ci numai valoarea stării lui" (în Critica rațiunii practice).

Dar, cum spunea Hamlet: „sînt încă multe lucruri pe lume, prietene Horațio, pe care înțelepții noștri nici nu le-au visat". Omul a fost mereu „un pescăruș care zboară pe dinlăuntru", cum îl vedea Arghezi. Imaginea e astfel dezvoltată poetic de Nichita Stănescu: „Oamenii sînt pă-

sări nemaiîntîlnite, cu aripile crescute înlăuntru, care bat, plutind, planînd, într-un aer mai curat — care e gîndul". Căutările s-au succedat mereu. Vine timpul acelui seism spiritual care va fi Renașterea, și pentru filosofie și pentru științe, pentru medicină. „Bătea ora criticii", va caracteriza Lucian Blaga momentul istoric cînd „oamenii creației spirituale, dominați de cîtva timp de o adevărată oroare față de metafizică, se îndreptau de zor spre „realitatea simțurilor". Are loc prima explozie în științele naturii. Francis Bacon era un medic, dar îl cunoaștem doar ca filosof. El caută să regleze acul scuturat de convulsii al busolei umanității: „empiricii, după exemplul furnicilor, adună doar fapte și nu se folosesc decît de experiența dobîndită; raționaliștii, dimpotrivă, după exemplul păianjenului, țes pînze după propria lor închipuire. Albina ne prezintă o dreaptă cale de mijloc de urmat: ea adună sucul mierii sale din florile cîmpului și din cele ale grădinilor, dar în același timp se pricepe să-l pregătească și să-l mistuie cu o dibăcie minunată". Tot el trezea conștiințele amorțite de dogmatism la răspundere pentru propria gîndire: „nu vă sfătuiesc să rămîneți la ideile și la principiile unui singur om, ca și cînd ar fi un oracol". Să nu uităm că secole de-a rîndul, orice discuție și dispută „savantă" în medicină se încheia pînă la sfîrșit cu plecarea capului. „Sic dixit Galienus"*.

Erasmus medita în „Elogiul nebuniei": „... numai omul încearcă să treacă de marginile puse lui de soartă, ceea ce explică de ce el este cel mai nefericit din toate făpturile". Încercările eșuate se plătesc greu. Să înțelegem rebeliunea lui Bacon, care-și îngăduia să spulbere vechile mituri, în avîntul său impetuos de a ajunge din urmă timpul pierdut de umanitate. El cutează să-l pună la colț pe Hipocrate, „această mare faimă consacrată de antichitate", care „pare a fi lovit de un fel de obișnuință de vedere care se manifestă printr-o privire (...) stupidă și nepricepută", și care, „rostește, în fine, pe placul ascultătorilor săi, oracole"... Cum l-ar fi cruțat Bacon

* A. France notează (Grădina lui Epicur): „În noaptea în care ne aflăm toți, învățatul se lovește de perete, în timp ce ignorantul rămîne liniștit în mijlocul odăii".

pe Galenus?: „om cu mintea foarte îngustă, dezertor de la experiență, fugar ușuratic", „nu ești tu acela care smulgi din infamie și pui la adăpost de înfierare, ignoranța și lenea confraților tăi?". Săgețile zboară și spre medicina arabă medievală, spre Avicenna, „ia cu tine, dacă ții la asta, pe confrații și aliații tăi arabi, întemeietorii drogurilor, care (...) au ticluit din belșug, după presupunerile cele mai superficiale, medicamente vulgare, care făgăduiau cu mult mai mult decît puteau făptui". Să ne mirăm de avalanșa invectivelor pe care filosoful „timpurilor noi" le adresează și sclipitorului spirit al Renașterii, Paracelsus? „Paracels ești un tip monstruos!"

Momentul cartezian prilejuiește o primă fundamentare a metodologiei științelor și, implicit, a medicinii. Pentru Descartes, „întreaga filosofie este ca un arbore ale cărui rădăcini sînt metafizica, trunchiul este fizica și ramurile care pornesc din acest trunchi sînt celelalte științe care se reduc la trei principale: *medicina*, mecanica și morala" (prefață la „Principia"). El însuși se confesa într-o scrisoare către marchizul Newkaste (1645): „Conservarea sănătății a fost dintotdeauna scopul principal al studiilor noastre". Lui îi datorăm o apreciere încurajatoare, ca aceasta: „dacă e posibil să se găsească un mijloc care să facă pe oameni mai înțelepți și mai abili decît au fost pînă aici, în medicină trebuie căutați". Descartes anticipă perspectivele dramatice ale luptei cu necunoscutul, în medicină ca în oricare altă știință; prevăzînd cercetările nenumărate care vor urma pînă cînd se va ajunge să se constituie o medicină despre care nimeni să nu mai poată afirma „că tot ce se știe despre ea este aproape nimic față de ceea ce rămîne de știut". Speranța lui s-a dovedit optimistă, azi se știe mult, dar și mai mult rămîne încă de cunoscut.

Filosofia a ajutat mult în procesul de constituire al medicinii ca știință. La rîndul său, a încercat și aceasta să-și plătească datoria, oferind gînditorilor material faptic și legic pentru generalizări filosofice. Fiecare drum nou deschis de pionierii medicinii științifice a contribuit la lărgirea orizontului filosofiei. Materialismul dialectic a valorificat multe din descoperirile realizate în cîmpul biologiei generale și al medicinii pentru structurarea unei concepții coerente și bine fundamentate. Dintre cer-

cetătorii medici, Claude Bernard este cel care s-a ridicat în această etapă la cele mai înalte cote ale gîndirii sintetice. El a fundamentat metoda experimentală în științe, impunîndu-se ca cel mai temeinic teoretician în acest domeniu. La primul său curs de la Collège de France, în 1847, el spunea: „Medicina științifică, pe care sînt însărcinat să v-o predau, nu există. Astăzi noi nu putem decît să pregătim materialele pentru generațiile viitoare, întemeind și dezvoltînd fiziologia experimentală, care trebuie să stea la baza medicinii experimentale". Bernard dezvoltă filosofia carteziană a metodei. Rămîne o sursă generoasă de optimism, profețind: „tot ceea ce există patologic își va avea explicația fiziologică". Se opune condamnării cunoașterii pe care o adoptă în schimb unul din creatorii electrofiziologiei, Du Bois Raymond, cel care a formulat teza: *„ignoramus et ignorabimus"*. La vremea sa, acest savant nu înțelesese că limitele cunoașterii sînt doar istorice și nu date pentru totdeauna. Necunoscutul s-a dovedit cognoscibil. Și versul lui Odysseas Elytis — „Doamne! cît albastru cheltuiești ca să nu te vedem" — ar fi putut fi completat, cel puțin cu o vorbă: „zadarnic". Cu adevărat, „omul este un miracol", are dreptate corul din Antigona lui Sofocle. S-a resimțit miracolul și în dezvoltarea medicinii, deși greu, deși cu sacrificii, deși adesea fără speranță.

* * *

Medicul nu-și poate împlini lucrul său fără a fi condus și însuflețit de o concepție filosofică limpede. Condiția filosofică a actului medical presupune o gîndire stăpînă pe sine, o capacitate de a pătrunde și înțelege chiar lucruri aparent de nepătruns și de neînțeles. Observația directă, prilejuită de boală, trebuie întîmpinată totdeauna de un mod adecvat de a interpreta datele exacte. Concretul în sine rămîne mut dacă nu ai puterea să-i descifrezi limbajul.

Materialitatea lumii este probabil primul aspect esențial al unei concepții menite să fertilizeze actul medical. Viața este o ipostază specifică a materiei. Boala are un substrat material care trebuie descoperit. Nu uităm că

la început se invoca intervenția unor forțe oculte în geneza bolii. Hipocrate este probabil primul care ia atitudine polemică, în eforturile sale de laicizare, deteologizare și demagizare, demistificare. În legătură cu epilepsia, *„morbus sacer"* (boala sfîntă), scria: „cred că primii care au definit ca sacră această boală au fost oameni care și azi sînt magi și purificatori și șarlatani și excroci, lume care își dă încă aerul de a fi pioasă și de a ști mai multe decît alții. Aceștia deci, scufundîndu-se în divin și punîndu-l înainte ca pretext al incapacității lor de a găsi un remediu (...) au definit această boală ca sacră". I-a trebuit probabil marelui medic-filosof mult curaj pentru o astfel de atitudine. El a trăit în anii 460—375 î.e.n., este adevărat, undeva departe, în insula Cos; în acea perioadă, Atena intenta procese în serie unor gînditori progresiști ca Anaxagoras, Diagoras, Socrate, Protagoras și poate Euripide. S-a comentat că perioada glorioasă a luminismului grec a fost, și ea, o perioadă de persecuție (E. R. Dodds). Blaga ne ajută să înțelegem cum s-a putut produce acea alienare care nu s-a vindecat nici pînă astăzi: „Magicul (...) era poate singura speranță ce o mai putea avea omul în condițiile cumplite ale glaciarului". (în „Aspecte antropologice"). Poetul-filosof își analizează ipoteza: „și omul se agăța cuprins de o panică într-adevăr cosmică, de acest unic gînd, în ciuda tuturor insuccesele tehnicei și spiritului prin care el încerca să-și aservească magicul".

Dacă drumul „în căutarea sufletului" a fost extrem de dificil, o armată de anatomiști aducîndu-și modest contribuția la fundamentarea unui decisiv „nu", înțelegerea bolii ca fenomen material a fost și mai laborioasă. Medicul modern primește multe adevăruri gata formulate și pierde de multe ori din vedere aura de nesiguranță și „mister" care mai dăinuie în mintea unora dintre pacienții săi. Substratul material al bolii a fost pus în lumină prin disecții mai întîi. A fost era studiilor pe cadavru, care a permis prima delimitare a principalelor entități morbide (*„Hic mortui vivos docent"*, aici morții învață pe cei vii, sta scris la intrarea vechilor săli de anatomie). S-a dezvoltat ulterior fiziologia, biochimia, biologia moleculară, fiecare metodă delimitînd o etapă. Cu fiecare, am pătruns mai adînc în înțelegerea materialității

bolii, care sub aspectul demnității umane — apărea lui Karl Marx drept „viața limitată în libertatea ei".

Fără un spirit integrativ, medicina nu poate fi eficientă. Ea trebuie să privească boala în contextul unității organismului, al relației acestuia cu mediul. Dacă dualitatea spirit-trup a dăinuit o vreme, s-a definitivat pînă la urmă raportul vieții spirituale cu creierul și multe din bolile psihice „esențiale" au fost ancorate în leziuni infracelulare și chiar numai în anomalii citoenzimatice și citochimice ale encefalului. Unitatea dialectică presupune interrelații, care se cer precizate în fiecare caz de boală.

Determinismul dialectic îngăduie descifrarea condiționării bolilor. Medicul ierarhizează după contribuția lor diferiții factori generatori de boală, îi clasifică după apartenență, îi grupează după înrudire. A fost o epocă, deschisă de Pasteur, în care se vînau microbii responsabili de o boală sau alta. S-au cheltuit eforturi enorme și de multe ori zadarnice, au fost vieți care s-au sacrificat (autoexperimente prin infecții a căror cauză era studiată) dar în destule cazuri sacrificiul n-a servit la nimic. Dezamăgiți de căutări și de cursele în care au căzut, cercetătorii au fost siliți să accepte și alte tipuri de cauze decît agenții însuflețiți. Astăzi posedăm o concepție etiologică foarte „eclectică", admitem „și una și alta", de la bolile specifice monodeterminate, la bolile pluricondiționate, cu factori cauzali aparenți sau ignorați, uneori etichetate provizoriu drept „idiopatice". Termenul nu face decît să parafeze ignoranța noastră de astăzi. Gîndirea cauzală ne scutește de eroarea clasică a lui *„post hoc, ergo propter hoc"*. Claude Bernard sugerase un remediu: „Medicul care încearcă un tratament și obține însănătoșirea bolnavilor este dispus să creadă că vindecarea se datorește tratamentului său... Dar prima întrebare pe care trebuie să ne-o punem este dacă a încercat să nu facă nimic"... Dezideratul a devenit metodă curentă de lucru în cercetarea farmaco-clinică de astăzi (lot test și lot martor, medicament activ și placebo). Ca document invocă Lucrețiu, în Poemul naturii, relația dintre mediu și boală: „Însă și bolile prind fiecare anumite noroade / Boala elefantiazis se iscă-n Egiptul de mijloc / Lîng-ale Nilului

ape dar nu o întîlnim și aiurea / Membrele suferă-n Atica, ochi-s stinși în Achaia, ...".

Decizia medicală trebuie să aibă în vedere legitatea și hazardul, probabilitatea și posibilitatea, dinamismul bolii și al fenomenelor pe care le implică, modificările succesive, uneori contradictorii. Conceperea libertății drept necesitate înțeleasă, pe care o datorăm lui Engels, permite intervenția eficientă a medicului în combaterea factorilor de risc sau a însuși fenomenului morbid.

Filosofia ne deschide drumul spre cunoaștere și adevăr pentru că ne încarcă, sigură de ea, cu convingerea capacității noastre de a pătrunde în necunoscut. Desigur, mai resimțim, ca poetul, un sentiment ciudat, de neputință, cînd ne izbim de fenomene pe care nu le putem înțelege: „Și mai ales te înfioară / De acel galben icusar, / Ceasornic fără minutar / Ce singur scrie cînd să moară / Și ou, și lume..." (I. Barbu, Oul dogmatic). Avem în prezent destule fapte arhivate ca inventar. Medicina a reușit însă un salt extraordinar spre competență, avem justificarea să-i creditäm și pentru viitor dezvoltarea. Uneltele științei, oricît de sofisticate, nu ne scutesc de meditație.

Mai datorăm filosofiei, pe lîngă puterea de cunoaștere, înțelepciunea. O calitate care se resimte tot mai intens în medicina acestui sfîrșit de mileniu.

CONDIȚIA ARTISTICĂ A ACTULUI MEDICAL

Dilema „medicina, știință sau artă?“ este de mult tranșată. Neîndoielnic, medicina este știință în conținut și în metodă: o știință complexă, interdisciplinară; o știință completă, a cunoașterii (cercetarea) și acțiunii (intervenția medicală de conservare și recuperare a sănătății). Actul medical, cel care aduce teoria științei medicale în planul practicii, este un act concret, personalizat prin domeniul de referință. El se circumscrie totdeauna la o situație unică. Tezele generale care alcătuiesc patologia medicală trebuie de fiecare dată transpuse în adevăruri științifice valabile o singură dată. În acest fel, legitatea îmbracă forma unicatului, mediat de momentul creator, care este comun descoperirii științifice și invenției artistice.

Medicina poate fi privită drept artă în măsura în care cunoștințele și principiile aplicării lor sînt valorificate diversificat și nuanțat. O artă a ierarhizării, selectării și dozării. Medicul devine un virtuoz, un „artist“, numai atunci cînd sesizează circumstanțele proprii fiecărui bolnav, intuiește condiționarea concretă a suferințelor și întrevede cele mai oportune resorturi terapeutice. În limbajul hipocratic de odinioară, care vorbea despre medicină ca despre „cea mai nobilă artă“, termenul de „artă“ se potrivea tuturor științelor, în devenire în acel moment. Cu diviziunea interdisciplinară, asimilarea medicinei cu arta a dobîndit semnificație metaforică. Și totuși, chiar după diferențierea dintre științe și arte, făcută lucid, în epoca modernă, s-a revenit adesea la vechea asimilare, la un alt nivel de înțeles. Achard considera că „medicul are nevoie mai întîi de știință, apoi de artă și totdeauna de judecată“. Hatieganu definea medicina drept „știință, tehnică și artă în același timp“.

S-a vorbit recent despre medicină ca despre „arta vindecării“ (Ph. A. Tumulty, 1978), și s-a analizat cu rigurozitate „locul științei în arta vindecării“ (L. Thomas, 1977).

Medicina este arta de a aplica știința conservării și redobîndirii sănătății. Măiestria înseamnă, aici, ceva mai mult decît competența profesională. Ea cuprinde o anumită plasticitate a gîndirii și comportamentului, o flexibilitate crescută, capacitatea de a cuprinde integral un volum mare de probleme de natură extrem de variată. Individualizarea care se cere nu poate fi doar rodul unei pregătiri metodice standardizate, ea nu poate fi în întregime învățată, ci rămîne în mare măsură creație. În acest punct interferează intuiția, o gîndire sunțată, desfășurată în culisele silogismului, prin asociativitate deosebită, ,experiență și originalitate. Intuiția medicală (sau „simțul clinic“, „flerul“ cum i s-a mai spus) nu coboară însă actul medical la spontaneitate, nu îl face tributar fanteziei necontrolate, ci îi asigură puternice rădăcini raționale, pe care i le verifică ulterior practica.

Dacă acceptăm că „arta este antitehnică în esență“ (M. Ragon, 1976) ne referim la conceptul de non-standardizare, de unicat. În același mod ca în artă, și în medicină se exclude posibilitatea algoritmării raționamentului în întreaga sa desfășurare. Tehnica constituie un prețios ajutor, dar nu poate echivala cu creativitatea umană. De aici și clarificarea raportului dintre medic și computer: medicul se folosește de acesta doar în anumite secvențe ale raționamentului său, dar nu va putea fi substituit de el.

Actul medical întrunește o certă condiție estetică. Este imperativul frumosului, al echilibrului și armoniei. Medicina este prin definiție un demers estetizant, după cum boala este antiestetică. Schopenhauer cugeta: „cu sănătatea seamănă în parte frumusețea“. Medicii au primit gustul frumosului prin opțiunea lor pentru sănătatea și viața semenilor lor. Aici rezidă altă apropiere între medicină și artă. Ambele satisfac ecuația propusă cîndva de Seurat: „Arta este armonie“.

Arsenalului artistic îi aparține gestul care explorează și care mîngîie, modulațiile vocii. Este o mînă de artist aceea care surprinde detalii ce multor altora le pot scăpa

la o examinare, ochi de artist cel care înregistrează tot ce are semnificație. I se potrivesc versurile pline de sensibilitate ale lui Rilke: „N-ați văzut cu mirare pe cîte-o stelă antică prudența gestului uman? Iubirea și despărțirea nu erau oare atît de ușor puse pe umeri, parcă ar fi fost din altă materie decît sînt la noi? Aduceți-vă aminte de mîinile care atîrnă fără s-apese, deși e putere în trupuri". E un adevăr: nici o altă știință nu necesită atîtea simțuri ca medicina, ne atrăgea atenția marele clinician Corvisart.

Priceperea de a provoca și conduce dialogul, puterea de a induce sugestii și a exercita influență psihoterapică nu rămîn străine de artă. Legătura medic-bolnav se desfășoară în tot ansamblul ei sub semnul esteticii. Orice inconsecvență poate atrage înstrăinarea celor doi parteneri. Se vorbește uneori despre frumusețea unui diagnostic, unui succes terapeutic. Nu-i altceva decît o rezonanță estetică a eficienței. Iar dacă s-a rostit cîndva cuvîntul „frumos" în legătură cu un „caz" clinic, s-a văzut aici interesul observației, ineditul, provocarea intelectuală, și nu extazul în fața suferinței.

Medicul se constituie ca artist și în măsura în care conferă actelor sale simplitate, valorificînd informațiile luxuriante de care dispune. Înainte de atingerea punctului optim în această tendință de simplificare prin progres și prin maturizare, întîmpinăm un moment de criză, cînd sîntem expuși la contorsiuni ale raționamentului, la suprainvestigație, la supraterapie. Evitarea acestor riscuri, a abuzului și a poluării, constituie o adevărată artă. Avicenna ne-a propus, cu zece secole în urmă, o metaforă sugestivă: „Medicul trebuie să tîrască greutatea unei științe enciclopedice, ca o cămilă, și cu toate acestea să păstreze prospețimea unui poet".

Poate că cea mai impresionantă valență artistică a actului medical stă în capacitatea stabilirii unui contact strîns, dinamic și durabil, cu bolnavul. Dialogul interuman nu se poate desfășura fără integrare afectivă și fără rezonanță reciprocă. Normele psihologiei științifice ne sensibilizează doar, exemplele învățate prin ucenicie sînt numai premise. Fondul rezultă însă din efortul propriu, din strădania creatoare care începe prin înțelegerea personalității bolnavului. Este nevoie — pentru aceasta

— de o sensibilitate crescută, cu dimensiuni maxime la medicul care are temperament „artistic", potențial creativ, afecțiune. Structurile rigide și dogmatice, indiferenții, șablonarzii, conformiștii nu vor putea niciodată dobîndi statutul de bun medic. Aici stă dezideratul ideal al selectării candidaților de la porțile medicinei, pe baza înzestrării lor psihice. Medicul de talent însumează aptitudinile omului de știință și pe cele ale artistului. Ambele presupun, alături de înzestrarea naturală, dorința permanentei autodepășiri.

În desfășurarea sa, actul medical apelează cînd este nevoie și la elemente din recuzita spectacolului. Dintr-un anumit unghi, se prezintă de aceea ca un act teatral. Thalia, își dă mîna cu Aesculap. Medicul devine scenarist, regizor și unul din actorii principali. Se comportă ca un bun om al scenei, care cunoaște regulile spectacolului. De multe ori se metamorfozează și uită propriile-i frămîntări. Trăiește alături de bolnav, implicîndu-se universului său, pe care numai astfel îl poate înțelege și influența. Este o renunțare la sine în favoarea bolnavului. Medicul se ferește însă de gratuitate și de pastișă. El nu devine nici arlechin și nici cabotin. Pornește totdeauna de la ceea ce așteaptă de la el bolnavul, oferindu-i perspectiva sanogenetică potrivită lui. Comportamentul se adaptează condițiilor. Pentru fiecare bolnav caută tonul cel mai potrivit, dintr-un larg repertoriu de resurse. Arta verbului și a convingerii — retorica — este indispensabilă. Medicul se prezintă totdeauna echilibrat și măsurat, aceasta este linia lui definitorie. Păstrează totdeauna demnitatea. Este poate solemn; dacă se cere, devine grav. Știe să tacă, prin respect și prin înțelegerea suferinței. Cînd vrea să atenueze unele temeri, poate iradia optimismul. Este cînd ferm, cînd tolerant, energic sau blînd, consecvent sau maleabil. Psihoterapia — mai ales cînd adevărurile nu pot fi exprimate, sau nu oricum — solicită mult virtuțile actoricești. Dar nici acum nu se ajunge la un joc de teatru, actul medical se încarcă mai mult de tensiune, devine o trăire omenească paroxistică.

Marii medici au avut totdeauna o personalitate originală, „un stil" propriu. Măreția medicului care „oficiază" s-a păstrat ca imagine-simbol, chiar după ce sacerdoțiul s-a pierdut cu istoria. Supralicitînd veșmîntul artis-

tic, alunecă poate unii în teatralism, rămînînd doar la aparență, la suprafață, fără corespondență valorică de fond. Nu este de mirare că impostorii și-au arborat cu grijă o recuzită căutată, singură ea fiindu-le accesibilă. Și interesant, au fost uneori obținute efecte surprinzătoare, prin sugestie, dar numai un timp, pînă cînd s-a descoperit învelișul de carton poleit al nimicului de dedesubt.

Medicina este slujită de mai toate artele pentru a i se asigura cadrul de care are nevoie. Arhitectura realizează pentru ea clădiri cu personalitate proprie. Designul îi propune forme tot mai frumoase de mobilier și aparatură. Ce salt estetic, de pildă, între primele aparate Röntgen și generațiile perfecționate de astăzi! Artele decorative sînt nelipsite în umanizarea universului în care omul bolnav este silit să se retragă din lumea lui.

Se obțin deseori efecte terapeutice cu ajutorul unora din artele autonome. Meloterapia a dobîndit în această direcție un statut de prestigiu. Artele plastice au fost verificate de psihiatri drept o perspectivă fertilă de restructurare a personalității. Nu este vorba numai de o ergoterapie, ci mai cu seamă de întîlnirea eului cu sine însuși, pe alte meridiane ale artei.

Medicina s-a născut ca meșteșug, și-a dobîndit prima strălucire ca artă și a crescut mai tîrziu ca știință. Medicul de astăzi — adevăratul medic, pasionat și consumîndu-se în dăruire — poartă nostalgia artei și trăiește la punctul de interferență a celor două universuri, al științei și al artei. Frecventarea obișnuită a muzelor, fenomen care s-a impus atenției a fost explicată din afară drept nevoia de redobîndire a unui echilibru pe care l-ar periclita — *horribile dictu* — misiunea ce tocmai face bucuria de a ocroti sănătatea. Nu cataplasme pentru presupuse răni se caută în artă, nu vacanța spiritului, ci incandescență prelungită. Nu refugiu, ci împlinirea. A spus-o cu forța sa de convingere și Octavian Fodor (1973): „Preocupările artistice ale medicului nu constituie un mijloc de evaziune, ci se integrează organic într-un anume tip de personalitate care își trădează astfel necesitățile spirituale". Obișnuiți cu ritmul viu al trăirii, cu o activitate concentrată, medicii își extind interesul și dincolo de profesie. Puterea de a vibra și priceperea de a

alege nu drumurile cele mai scurte, ci pe cele mai bogate, este dezideratul ce se reclamă. Cu o astfel de dispoziție, înțelegem atracția naturală spre cîmpul artei. Cînd cutează să accepte riscul eșecului, medicul se întîmplă să devină el însuși artist. De la amatorul de artă, s-a ajuns astfel la creator. Arta oferă pentru medic o perspectivă spre deplina cunoaștere și construire de sine. El învață mult din artă și aspirația spre artă generează noi impulsuri actului medical. Antropocentrismul profesiunii își află desfășurarea largă spre care aspiră.

Arta ne ajută să ne descoperim și să fim noi înșine. Dacă medicina germinează școli, arta numai atunci își merită numele, cînd naște individualități. Prin școala artei se dobîndește astfel suprema altitudine. Revenirea în orizontul profesiei de bază nu elimină cerința unicatului și nu mai poate substitui gîndirea creatoare cu conformismul rutinar. Liniștea te obosește cînd ai deprins un ritm alert. Timpul „pentru tine" devine și el un timp pentru realizare. Condiția demiurgică a existenței noastre ne împinge mereu spre alte arii.

Medicina și artele, medicina și cultura, se întîlnesc prin finalitatea lor umanistă, într-o dragoste de om continuativă, unică. Să trăiești între ele nu înseamnă a trăda pe una pentru alta. Nici una monstru sfînt, ambele deopotrivă Oedip și Sfinx, închizînd probleme greu de pătruns și desferecînd zăvoare. Ambele opun obstacole cutezanței omului și totuși ambele îi flutură stindarde. Dezamăgiri și victorii, descurajări împletite cu cel mai nebun entuziasm, sînt, împreună, nelipsite.

Spre oameni se îndreaptă medicul cu gîndul său și oamenilor le oferă toată zestrea de cunoștințe și sensibilitatea emoțională pe care le-a tezaurizat. Este șansa unei rîvnite identități: actul medical — operă de artă (sau poate, doar iluzia ei).

PREȚUL SĂNĂTĂȚII

Ca să zbori îți trebuie aripi, ca să obții un rezultat trebuie să investești ceva. Medicina constituie unul din compartimentele vieții sociale cu cea mai spectaculoasă dezvoltare. O concluzie s-a conturat peste tot în lume: creșterea în spirală a costului asistenței medicale. Socializarea acesteia n-a făcut decît să treacă cheltuielile din bugetul privat în bugetul național, cu menținerea problemelor intrinseci grave ale costului. Iată dar o altă „explozie" definitorie pentru epoca noastră: cea a costului sănătății. La o privire directă, într-adevăr, tratamentul de astăzi al unei pneumonii sau colagenoze este incomparabil mai ridicat decît în urmă cu o sută, cu cincizeci și chiar cu zece ani. Tehnologia s-a modificat însă, astfel că și rezultatele diferă: de pneumonie se moare doar ocazional iar colagenozele și-au schimbat radical evoluția. Din acest unghi, asistăm la creșterea numărului de vieți salvate sau cel puțin prelungite. Prețul plătit pentru sănătate apare de aceea compensat prin valoarea socială recuperată. Oricum, independent de relația beneficiu-cost, domeniul ocrotirii sănătății absoarbe în prezent mai multe procente din venitul național decît în trecut.

Dinamica acestor cifre este edificatoare pentru toate țările din lume. Sînt bine cunoscute investițiile crescînde pentru acest domeniu în țara noastră. În S.U.A. cota alocată sănătății a crescut între 1955 și 1982 de la 4,6% la peste 9%. Asociația Medicală Canadiană deplîngea în 1982 suma mai scăzută de care se bucura la acea dată, comparativ cu celelalte țări industrializate (7,3%, față de 7,2% din 1971). Motiv pentru care președintele Asociației (L. Richard) a luat atitudine publică: „Viața și sănătatea dumneavoastră sînt în pericol din cauză că guvernele noastre, guvernele provinciale și guvernul federal, nu prevăd destui bani pentru îngrijirea sănătății".

Medicii au serioase rezerve față de includerea problemelor de economicitate în raționamentul lor profesional. Într-un spital canadian afișarea prețurilor medicamentelor nu a modificat comportamentul medicilor în prescrierea lor. Un test recent în S.U.A. al unui laborator de analize demonstrează că difuzarea unei liste în care doctorii erau ierarhizați după costul examinărilor cerute — acțiune concepută ca mecanism reglator — n-a avut nici un fel de efect; numărul probelor cerute și cheltuielile au rămas aceleași. Acolo unde se practică rambursarea cheltuielilor de către Asigurări, survin dispute între medicii care prescriu „prea mult" și instituțiile al căror buget este depășit. Problema găsește o soluție mai nuanțată la noi, în spiritul umanist care controlează acest domeniu major de prestații. Întregul efort formativ și organizatoric se îndreaptă spre raționalizarea examinărilor și tratamentului, prin evaluarea atentă a costului presupus de fiecare decizie medicală. În acest fel, medicii au început să se obișnuiască a lua în vedere și prețul analizei sau al medicamentului recomandat. Din raționamentul clinic nu mai poate lipsi astăzi criteriul economic, dată fiind cota potențial ridicată a actului medical.

Multe secole ne-am legănat în iluzia că „sănătatea nu are preț", dar abia acum am învățat că totuși ea „are un buget". În mod real, dacă s-ar acorda la maximum tot ce permite medicina de astăzi, ca performanță, fără nici o ierarhizare, fără nici o măsură, povara bugetară ar fi de nesuportat, chiar pentru cea mai dezvoltată țară. Cu această luare la cunoștință, medicina a fost silită să-și structureze mai riguros strategiile diagnostice și terapeutice, să le cenzureze pe cele profilactice la prioritățile majore. În acest spirit trebuie evitată substituirea nemotivată a unui medicament vechi, care și-a dovedit în timp utilitatea, printr-un produs din „ultima generație", de regulă mai costisitor. Sistemul oficializat al asistenței medicale nu a integrat în măsură corespunzătoare procedurile „neortodoxe" care sînt privite drept „medicini paralele": homeopatia, acupunctura, diverse mijloace tradiționale. La fel, se cere evitarea subestimării unor exa-

minări cu trecut mai îndelungat, sub fascinația tehnicilor de ultimă oră. Știm fenomenul „modei" în explorare, ca și în tratament, cu solicitări exagerate ale mijloacelor mai costisitoare și mai greu accesibile.

Scriind despre relația dintre economicitate și umanism, O. Fodor (1973), atrăgea atenția asupra riscului la care ar expune o viziune îngustă, desprinsă de proporțiile și semnificația reală a fenomenelor, și pleda pentru o atitudine nediscriminatorie, pentru o acțiune sistematică, fără domenii neglijabile „prin lipsă de prioritate". Desigur, calculul costului unei boli, al salvării unei vieți, nu poate fi un scop în sine. El ne îngăduie doar să discernem mai exact distribuirea resurselor, inevitabil limitate, de care dispunem. Medicul de astăzi a devenit și un gestionar, un ordonator de credite. El trebuie să asigure echilibrul între cerințe și posibilități, fără a frustra însă și mai ales fără a periclita sănătatea și viața. Se cere însă multă responsabilitate în decizie. Medicul trebuie să fie convins de oportunitatea unei anumite intervenții terapeutice, selectată din mai multe alternative. Într-o medicină dezvoltată, supraconsumul devine o tendință naturală, generată prin ispita performanței. O astfel de derivă poate lua naștere insesizabil, dacă nu se cultivă autocenzura deciziilor. Costul trebuie să fie unul din punctele de reper folosite de aceasta.

Sănătatea cu orice preț? Întrebarea s-a pus prin prisma unei astfel de perspective. Dar așa ceva nu se poate. Nimeni nu poate plăti cît ar „vrea", nici individul, nici societatea. Plătește cît poate. Ceea ce ne salvează, în grup, este faptul că cheltuiala medie exprimă cheltuieli mari numai la o parte din bolnavi și zero-cheltuieli la cea mai mare parte a populației. I se opune, în practică, o altă tentație: cum să plătești mai puțin pentru asistența medicală primită sau cum să primești mai mult pentru ceea ce plătești.

Care este rolul medicului în acest echilibru? Un vechi clinician spunea spre sfîrșitul carierei: „Cînd eram tînăr, tratam o boală cu mai multe medicamente, acum, tratez cu un medicament mai multe boli". Nu cred că butada mai păstrează, sincer, actualitatea. Dar chiar în epoca noastră, una din concluziile unei dezbateri științifice pe o astfel de temă, era: „Cu cît un medic este

mai slab pregătit profesional, cu atît actul medical ce-l desfășoară este în final, mai scump". Putem avea, cu temei, rezerve față de un astfel de punct de vedere. Sigur însă, inversul nu este valabil: nu devii doctor mai bun dacă faci prescrieri mai costisitoare. O astfel de corelare încercau doar să facă, din abilitate, unii, în cadrul „stilului cabinet". Costul putea fi mare sau mic, dar să ai rezultate bune! Totul depinde de boală și în anumită măsură de bolnav. Deci, nici „medic scump", nici „medic ieftin", ci „medic competent", capabil să găsească soluția cea mai bună și cea mai economică.

Performanțele medicinii moderne au crescut mult cheltuielile, nu putem fi surprinși de această mutație. Antibioticele de exemplu, și multe altele au devenit tot mai scumpe, pe măsură ce au apărut noi specialități, cu tehnologie de preparare mai laborioasă. Terapia intensivă care salvează astăzi atîtea vieți este foarte costisitoare. Rinichiul artificial folosit pentru dializă cronică, timp de ani de zile, echivalează cu o avere. Să renunțăm la ele? Nimeni nu pune în acest fel problema. A crescut proporția de vîrstnici, care solicită îngrijiri susținute, dar aceasta e totuși un succes, incontestabil.

Ne mîndrim cu tendința orientării tot mai active a medicinii: medicul în întîmpinarea bolii latente, detectarea stării premorbide, strategiile „screening". S-a socotit însă: costul unui cancer gastric descoperit prin endoscopii sistematice la un grup anumit de populație costă „atît" (cifra este extrem de ridicată, indiferent în ce monedă s-ar exprima)*. Pentru că fibroendoscoapele sînt foarte scumpe iar pregătirea de specialiști cere mult timp. Este poate motivul că nici o țară, în afară de Japonia, pentru care problema era „de vîrf", și care își fabrică singură fibroscoapele, nu a trecut pînă acum la un program de sănătate care să prevadă o astfel de investigație pe scară largă.

S-au făcut calcule comparative, în țările unde coexistă medicina particulară și cea prin asigurări: costul este, deși paradoxal, mai restrîns în prima, pentru că există un control mai riguros din partea celui interesat. „Lar-

* 25000—50000 dolari, pe un studiu în colectivități, în 1982.

gheţea" medicului de asigurări, în prescripţii, este suspectată în schimb de tendinţă publicitară. S-au făcut şi altfel de calcule: cheltuielile sînt mai ridicate în spitalele „proprietate pe acţiuni", comparativ cu cele „fără beneficiu". Acest studiu american nu analizează diferenţial şi rezultatele obţinute.

S-a apreciat că numărul analizelor de laborator creşte cu 15% pe an (în ţările occidentale). Institutul de Medicină Internă din Bucureşti a semnalat dublarea activităţii laboratoarelor sale în curs de cinci ani (I. Bruckner, 1976). Au fost propuse multiple soluţii pentru limitarea acestei avalanşe: standardizarea tehnicilor, utilizarea micrometodelor, centralizarea activităţii, noi înlocuitori de materiale, automatizări (N. Părău, 1982). O mare importanţă revine clinicianului, chemat să trieze bine cerinţele de investigaţie, să ierarhizeze judicios programarea lor, să ştie „să reziste presiunilor exercitate asupra sa", care vin din partea bolnavilor sau a literaturii medicale (M. Voiculescu, 1976). În explorarea radiologică se tinde, în egală măsură, spre o secvenţă mai bine gîndită a tehnicilor, evitarea repetărilor nejustificate, exploatarea intensivă a aparatelor, creşterea gradului de perfecţionare în specialitate, centralizarea aparaturii (D. Rădulescu, 1977). Ne dăm seama cît de majore devin astfel de recomandări pentru o investigaţie atît de scumpă cum este tomografia computerizată.

Lupta pentru economicitate se duce cu abuzul de explorare şi tratament, cu „polipragmazia", cu „intervenţionismul chirurgical". Erorile medicale îşi aduc o cotă importantă la augmentarea artificială a costului: perioadă de investigaţii excesiv prelungită, spitalizări nemotivate, diagnostice care trebuie revizuite, complicaţii etc. Adăugăm şi „costul social", derivat din absenteismul profesional al bolnavilor scoşi din circuitul activ. În termeni de economicitate se gîndeşte, de exemplu, dacă o litiază biliară se tratează chirurgical (mai ieftin!) sau cu medicamente litolitice, dacă o colecistită acută se rezolvă operator în primă urgenţă (mai ieftin, dar cu riscuri mai mari!) sau în urgenţă întîrziată. Responsabilitatea creşte enorm în urgenţe şi cu deosebire atunci cînd se pune problema „a întrerupe sau a continua procedurile de menţinere artificială în viaţă". Discuţiile sînt în plină

efervescenţă. Opinie unanimă: la limita dintre viaţă şi moarte, nu criteriul economic este cel care decide. Conduşi de respectul lor pentru viaţă, medicii vin aici mereu în conflict cu repartiţia bugetară şi de materiale. Un caz clinic model a prilejuit o dezbatere etică în publicistica medicală: un total de 260.000 dolari timp de 14 luni, pentru îngrijirea şi menţinerea în viaţă a unui copil de cinci ani, victimă a unui accident de circulaţie. S-a exprimat, cu acest prilej, speranţa să nu fie frecvente contradicţiile dintre cerinţele societăţii şi nevoile bolnavului; în faţa unei situaţii-limită medicul trebuie să continue să asigure bolnavului asistenţa cea mai bună pentru el.

Dar care este în definitiv preţul unei vieţi umane? Un biochimist a avut curiozitatea să calculeze costul unui om, tradus în materialele componente, la preţurile cataloagelor de produse biochimice: un gram de „om" costă în medie 245,54 dolari (H. J. Morowitz, 1979). Organismul întreg costă aproximativ şase milioane dolari. Calculul lui a fost simplu şi precis: prolactina costă 17 mil. şi jumătate dolari, gramul, hormonul stimulator de foliculină costă 4 mil. 800.000 dolari gramul, şi tot astfel, pe enzime, hormoni etc. Gluma biochimistului nostru s-a restrîns la domeniul său specific. Cine ar putea evalua în monedă valoarea unui om care gîndeşte, care produce, care creează... De unde, invitaţia la circumspecţie, unilateralizările sînt ameninţătoare.

*
* *

Mari probleme economice întîmpină medicina privită la scară planetară. Bugetul ţărilor slab dezvoltate nu permite decît alocarea sumei medii de 2,50 dolari pe an pentru sănătatea unei persoane (cuantumul fiind însă sub 2 dolari pentru 90% din aceste ţări). Ţările în curs de dezvoltare îşi îngăduie să cheltuiască în medie 17 dolari (suma rămînînd sub 8 dolari pentru 3/4 din ţări). Ţările dezvoltate beneficiază în schimb de o medie de 275 dolari, cu limitele de 48—650 dolari (cf. Chronique O.M.S., 1982). Se înţelege de ce „inegalităţile în faţa sănătăţii" prilejuiesc numeroase acţiuni ale organizaţiilor

de sănătate. Inegalitatea economică și culturală se reflectă inevitabil asupra calității vieții și asupra condițiilor de sănătate. Eforturile mari făcute de țările în dezvoltare sînt erodate de diverse fenomene nocive, printre care, privitor la materiale, costul ridicat al aparaturii și medicamentelor, iar privitor la cadre, „brain-drain"-ul.

În frontul constituit de medicii din lume, „Clubul din Cos pentru îngrijirea sănătății" are un loc individual. Este vorba de un grup de profesioniști ai ocrotirii sănătății, preocupați de moralitatea și epidemiologia politicii sanitare. În acest cadru au fost afirmate trei principii de bază: controlul activității medicale de către persoane capabile să întrevadă toate efectele ce decurg din diferitele decizii, implicarea vitală a științei în toate etapele ocrotirii sănătății, interferența acestei activități cu toate domeniile vieții sociale (politică, sociologie, etc.).

Rudolf Virchow susținea cu peste o sută de ani în urmă că „medicii sînt protectorii naturali ai suferindului și problemele sociale cad în mare măsură sub jurisdicția lor". El definea medicina drept „o știință socială și politică". În prezent, există acordul că un ideal de sănătate nu poate fi formulat fără a gîndi la sărăcie și foame, la copii și dezvoltare, la lipsa de școli și familie, la costul morții și costul sănătății. În perspectiva anului 2000, termen la care s-a ancorat dezideratul „sănătății pentru toți", rămînem însă tributari unor racile mai vechi ale medicinii, condiționate economic: cost ridicat al asistenței medicale în raport cu nivelul resurselor, lipsa de accesibilitate la o asistență specifică acestei epoci, eficiența limitată a medicinii în domeniul celor mai răspîndite boli, contrastul dintre volumul mare de cunoștințe teoretice și cota aplicării lor practice, dezechilibrul dintre bugetarea medicinii individuale și cea a colectivității. Soluțiile continuă să fie căutate, progresul se înregistrează însă lent.

Va veni momentul cînd nimeni, pe glob, nu va mai gîndi: „plătește sau mori!".

DECIZIE ȘI RESPONSABILITATE ÎN ACTUL MEDICAL

Actul medical se desfășoară secvențial, etapele sale fiind, schematic, diagnosticul și tratamentul. Aceleași trepte — cunoașterea situației și intervenția concretă — se recunosc pentru actul de profilaxie și recuperare. Putem admite că analiza, decizia și acțiunea, se succed ordonat, ca în orice altă activitate.

S-ar greși însă dacă, prin simplificare, explorarea și raționamentul diagnostic ar fi luate drept „analiză" iar aplicarea tratamentului drept „decizie". În fapt, actul medical este o realitate complexă și el cuprinde un lung șir de momente decizionale, strîns împletite pe tot parcursul său. Începînd cu interogatoriul, medicul trebuie să decidă mereu, selectînd cu fiecare întrebare direcția în care va progresa pentru a-și culege informațiile necesare. Se avansează astfel „în labirint", cu pași mici, uneori alegînd varianta optimă dintr-un răspuns binar ca potențialitate. Prin examenul obiectiv se respectă standardul uzual, dar se insistă cu deosebire asupra regiunilor și organelor spre care s-a orientat gîndirea diagnostică. Explorările de laborator sînt la rîndul lor programate selectiv, secvențial, fiecare indicație reprezentînd o decizie. Procesul se desfășoară pînă la punctul care conferă certitudine diagnosticului. Recurgem și la „moduluri decizionale", adică la serii de explorări care urmăresc o singură problemă: de exemplu, explorări pentru activitatea hepatitică, pentru evaluarea funcției renale ș.a.

Elaborarea planului terapeutic prezintă aceeași structură complexă. Aplicarea sa practică impune doar multiple corecții și revizuiri, în funcție de răspunsul bolnavului și rezultatele obținute. Decizia medicului implică totdeauna o gîndire predictivă, intervenția noastră tre-

buind să fie pusă totdeauna sub semnul efectelor sale viitoare.

Strategia selecției din mai multe variante posibile, care definește decizia în general (M. Florea, 1971) necesită cunoașterea prealabilă a întregului evantai de alegeri posibile. Pe lîngă această condiție a cunoașterii mai este nevoie și de puterea de control, definită drept capacitatea de a face o alegere optimă. Ambele realizează de fapt competența medicală. Dacă sînt împlinite cele două condiții, putem admite că decizia oferă „siguranță fără surprize". Din păcate, în biologie și implicit în medicină, nu putem aspira decît spre o siguranță relativă, cu un risc minim de surprize. Situația este diferită de cea din științele exacte, deoarece aici intervin numeroși factori aleatori, — dintre care mulți imprevizibili — de unde coeficientul de risc admisibil pentru orice decizie (eroarea statistică admisă în cercetarea biologică e de 5%).

În diagnostic, nu putem evita riscul de omisiune și confuzie, după cum nici în tratament nu putem exclude riscul iatrogen și eșecul. Criteriul alegerii nu este exclusiv rațional și alături de factorul logico-științific intervine și condiția creativ-euristică a medicului. Informarea singură, nedublată de priceperea cîntăririi datelor obținute, este proprie începătorilor. Rămîne uneori stigmat de durată al medicilor fără putere de analiză critică.

Decizia trebuie să indice și mijloacele întrevăzute pentru îndeplinirea acțiunii proiectate. Doar completînd programul și cu acest element avem toate datele cerute pentru rezolvarea problemei. Prin decizia sa, medicul își asumă o responsabilitate, acceptînd deci conștient urmările activității întreprinse. Unele sînt ușor de prevăzut, altele sînt însă greu sau deloc previzibile. Responsabilitatea trebuie dozată după libertatea existentă în momentul alegerii. Pentru „deciziile forțate", unde nu se oferă de fapt alegeri, ci numai o singură variantă, responsabilitatea stă doar în a acționa sau a nu acționa.

Decizii optime pot fi luate numai dacă există posibilități practice de a le transpune în acțiune. Nu e destul să dorești salvarea unui pacient, sentimentul steril nu are nici o participare în combaterea unei suferințe. De-

cizia, responsabilitatea și libertatea constituie pentru unii gînditori „triada axiologică a vremii noastre" (W. K. Frankena, 1968). Or, libertatea de decizie se cere completată prin libertatea de acțiune (și mai exact, prin posibilitatea de a acționa). Subiectivismul rămîne un pericol, el naște decizii arbitrare, cu atît mai aberante, cu cît se invocă orgolios și cu autoritarism o îndoielnică „experiență proprie".

Atingerea obiectivelor propuse depinde de precizia cunoașterii realității morbide și de precizia adecvării mijloacelor de acțiune disponibile la situația concretă. Are loc o articulare a teoriei bolii cu teoria bolnavului, adică a științei cu „cazul clinic". Ponderea științei a crescut considerabil, încît volumul de informații sporește într-un ritm greu de urmat. Spiritul matematic a introdus, este adevărat, un indice de anumită securitate, care duce mai departe scientizarea actului medical.

Medicina de astăzi rămîne totuși grevată de o servitute; lipsa preciziei în decizie. S-a spus că euristica la care apelează medicul se apropie mai mult de artă, care se bazează pe talent și inspirație, decît pe știința care se pretinde a fi medicina (A. Restian, 1977). Va deveni însă ea altfel în viitor? Sigur, va beneficia de noi metode de analiză și decizie, de un limbaj perfecționat și cantificat în mai mare măsură, de o codificare mai riguroasă a conceptelor. Pentru epoca contemporană, un neajuns stă în supraevaluarea tehnicii și aservirea față de ultraspecializare. Nimeni n-ar putea totuși accepta imaginea caricaturală schițată în următoarele rînduri (W. J. Dodd, 1970): „Oftalmologul poate privi la omenire numai prin lentilele sale și prin oftalmoscop, ORL-istul prin otoscop și laringoscopul său, ginecologul prin speculul său vaginal. Și chiar medicul generalist, poate vedea un conglomerat de organe, nu o persoană". Opinia unanimă ne propune cu totul o altă viziune: „Punctul de plecare al practicii și științei medicale este și trebuie să fie omul, această ființă complexă a cărei înțelegere s-a refuzat întotdeauna unei abordări unilaterale" (O. Fodor, 1976).

Competența medicală are limitele sale. Erorile conținute în teoria științifică pe baza căreia acționăm acum, cu cea mai sinceră și lucidă „consecvență logică", vor

fi recunoscute doar cîndva în viitor. Atitudinea „ireproșabilă", de astăzi s-ar putea dovedi o tristă greșeală peste cîțiva ani. Să ne amintim de perioadele mai vechi, cînd părea justificată acea triadă terapeutică „sîngerare, purgare și înfometare", care se mai păstrează astăzi doar în textele satirice din epocă. Trebuie să recunoaștem adevărul unei imputări făcute medicinii trecute: doctorii au împrăștiat nenumărate leacuri, după teoriile timpului. Vina nu le este atenuată de intruziunea vechilor alchimiști și iatrochimiști, extrem de bogați în fantezie. Dar astăzi, se procedează oare totdeauna astfel? De ce se va fi spus oare că dacă s-ar arunca în mări și oceane toate medicamentele de care dispunem ar fi un bine pentru omenire și un rău pentru pești? Poluarea farmacologică ia proporții tot mai îngrijorătoare pe care le poate face inofensive doar sporirea proporțională a responsabilității. Și dacă ni se cere a ști totul despre boală (erudiție teoretică), este la fel de important să știm totul și despre bolnav (competență clinică). Nu putem supraevalua teoria, sistemul învățat din cărți, fără să acordăm importanța cuvenită bolnavului, această entitate irepetabilă. Vom introduce astfel un pat al lui Procust în diagnosticul și tratamentul nostru. Să nu uităm ironia caustică, dublată de compasiune, a lui Voltaire: „medicul este o biată ființă care tratează boli despre care nu se știe nimic, administrînd medicamente despre care știe și mai puțin". S-au schimbat, evident, multe față de acest moment. Să recunoaștem însă, blamarea mai persistă pe alocuri.

În diagnostic, responsabilitatea presupune o decizie cît mai eficace. Fiecare fapt trebuie de aceea bine verificat înainte de a fi luat drept certitudine. Noi construim diagnosticul pe elemente care au o semnificație informațională extrem de inegală și imprecisă. Adevărul trebuie să se bazeze de aceea pe confruntări multiple și, dacă este necesar, pe o observație medicală prelungită. Responsabilitatea se reflectă în toate etapele operației de diagnostic, căutînd orice element care ar putea fi util, dar evitînd riscurile. Se apreciază că riscul de a greși este mult mai mic astăzi, din cauza posibiltăților mai bune de explorare, dar, în ciuda aparaturii și reacțiilor de mare finețe, riscul persistă și va continua să

existe și în viitor (P. Brînzeu, 1973). Pentru astfel de situații vom ține seama că „nu evitarea primejdiei evită înfrîngerea, ci cunoașterea și asumarea riscului pregătesc triumful", cum cugeta O. Fodor. Responsabilitatea medicului poate fi deci extrem de complexă în cursul elaborării diagnosticului: științifică, tehnică și morală. Ea nu dispare și nici măcar nu se atenuează dacă bolnavul își acordă consimțămîntul la decizii cu risc. Medicul rămîne obligat să ia măsurile cerute de posibile complicații.

Multă flexibilitate se cere pentru alegerea diagnosticului real, în fața mai multor posibilități. Nu putem absolutiza modelele simplificate și nici fetișiza hazardul estimărilor statistice. Adevăratul diagnostic nu este în toate cazurile nici cel mai probabil, în aparență, și nici cel mai comun. Dimpotrivă, poate fi cel mai surprinzător și cel mai puțin verosimil. Abaterile de la modelul de boală sînt atît de frecvente în patologie, încît „atipicul" devine tipic pentru multe din boli. Să numim cancerul gastric în faza sa de început, care poate îmbrăca cele mai neobișnuite „măști clinice", și pe care numai o investigație directă îl poate timp îndelungat să-l releve. Responsabilitatea în diagnostic obligă la străbaterea tuturor treptelor de încredere, de la suspiciune la certitudine. A pune problema unui anumit diagnostic înseamnă a face pe jumătate diagnosticul.

In urgențele medicale responsabilitatea devine maximă, deoarece decizia se face rapid și în mare măsură pe baza unor informații lacunare. Multe din ele refuză chiar caracteristica de „cunoștințe științifice", fiind lipsite de cota de adevăr corespunzătoare. Există de asemeni momente cruciale, cînd decizia noastră este cu totul hotărîtoare, încărcată de deosebite riscuri. Vorbim despre „decizii cruciale", care nu permit îndoială și nici amînare. Este o boală medicală sau chirurgicală? Este o leziune benignă sau malignă? De mare utilitate este strategia întrebărilor metodice, „pentru a exclude", deoarece punînd întrebarea sîntem obligați să documentăm și răspunsul. În medicină nu ne permitem să procedăm după omenescul principiu „o problemă amînată este pe jumătate rezolvată". Să ne temem mai curînd că amînarea poate însemna moartea bolnavului. De aceea, cău-

fi recunoscute doar cîndva în viitor. Atitudinea „ireproșabilă", de astăzi s-ar putea dovedi o tristă greșeală peste cîțiva ani. Să ne amintim de perioadele mai vechi, cînd părea justificată acea triadă terapeutică „sîngerare, purgare și înfometare", care se mai păstrează astăzi doar în textele satirice din epocă. Trebuie să recunoaștem adevărul unei imputări făcute medicinii trecute: doctorii au împrăștiat nenumărate leacuri, după teoriile timpului. Vina nu le este atenuată de intruziunea vechilor alchimiști și iatrochimiști, extrem de bogați în fantezie. Dar astăzi, se procedează oare totdeauna astfel? De ce se va fi spus oare că dacă s-ar arunca în mări și oceane toate medicamentele de care dispunem ar fi un bine pentru omenire și un rău pentru pești? Poluarea farmacologică ia proporții tot mai îngrijorătoare pe care le poate face inofensive doar sporirea proporțională a responsabilității. Și dacă ni se cere a ști totul despre boală (erudiție teoretică), este la fel de important să știm totul și despre bolnav (competență clinică). Nu putem supraevalua teoria, sistemul învățat din cărți, fără să acordăm importanța cuvenită bolnavului, această entitate irepetabilă. Vom introduce astfel un pat al lui Procust în diagnosticul și tratamentul nostru. Să nu uităm ironia caustică, dublată de compasiune, a lui Voltaire: „medicul este o biată ființă care tratează boli despre care nu se știe nimic, administrînd medicamente despre care știe și mai puțin". S-au schimbat, evident, multe față de acest moment. Să recunoaștem însă, blamarea mai persistă pe alocuri.

În diagnostic, responsabilitatea presupune o decizie cît mai eficace. Fiecare fapt trebuie de aceea bine verificat înainte de a fi luat drept certitudine. Noi construim diagnosticul pe elemente care au o semnificație informațională extrem de inegală și imprecisă. Adevărul trebuie să se bazeze de aceea pe confruntări multiple și, dacă este necesar, pe o observație medicală prelungită. Responsabilitatea se reflectă în toate etapele operației de diagnostic, căutînd orice element care ar putea fi util, dar evitînd riscurile. Se apreciază că riscul de a greși este mult mai mic astăzi, din cauza posibiltăților mai bune de explorare, dar, în ciuda aparaturii și reacțiilor de mare finețe, riscul persistă și va continua să

existe și în viitor (P. Brînzeu, 1973). Pentru astfel de situații vom ține seama că „nu evitarea primejdiei evită înfrîngerea, ci cunoașterea și asumarea riscului pregătesc triumful", cum cugeta O. Fodor. Responsabilitatea medicului poate fi deci extrem de complexă în cursul elaborării diagnosticului: științifică, tehnică și morală. Ea nu dispare și nici măcar nu se atenuează dacă bolnavul își acordă consimțămîntul la decizii cu risc. Medicul rămîne obligat să ia măsurile cerute de posibile complicații.

Multă flexibilitate se cere pentru alegerea diagnosticului real, în fața mai multor posibilități. Nu putem absolutiza modelele simplificate și nici fetișiza hazardul estimărilor statistice. Adevăratul diagnostic nu este în toate cazurile nici cel mai probabil, în aparență, și nici cel mai comun. Dimpotrivă, poate fi cel mai surprinzător și cel mai puțin verosimil. Abaterile de la modelul de boală sînt atît de frecvente în patologie, încît „atipicul" devine tipic pentru multe din boli. Să numim cancerul gastric în faza sa de început, care poate îmbrăca cele mai neobișnuite „măști clinice", și pe care numai o investigație directă îl poate timp îndelungat să-l releve. Responsabilitatea în diagnostic obligă la străbaterea tuturor treptelor de încredere, de la suspiciune la certitudine. A pune problema unui anumit diagnostic înseamnă a face pe jumătate diagnosticul.

In urgențele medicale responsabilitatea devine maximă, deoarece decizia se face rapid și în mare măsură pe baza unor informații lacunare. Multe din ele refuză chiar caracteristica de „cunoștințe științifice", fiind lipsite de cota de adevăr corespunzătoare. Există de asemeni momente cruciale, cînd decizia noastră este cu totul hotărîtoare, încărcată de deosebite riscuri. Vorbim despre „decizii cruciale", care nu permit îndoială și nici amînare. Este o boală medicală sau chirurgicală? Este o leziune benignă sau malignă? De mare utilitate este strategia întrebărilor metodice, „pentru a exclude", deoarece punînd întrebarea sîntem obligați să documentăm și răspunsul. În medicină nu ne permitem să procedăm după omenescul principiu „o problemă amînată este pe jumătate rezolvată". Să ne temem mai curînd că amînarea poate însemna moartea bolnavului. De aceea, cău-

tăm, dimpotrivă, precipitarea rezolvării, multiplicînd dacă este necesar disecțiile. Testăm noi variante și le vom exclude pe rînd. Cînd este nevoie, inventăm alte soluții. Nu totdeauna ajungem, cu toate acestea la „promulgarea unui hotărît da sau nu" (Ingelfinger, 1971) deoarece sînt numeroase interferențele manifestărilor clinice, este litigioasă delimitarea dintre normal și patologic și sînt greu de diferențiat acuzele subiective de cele cu substrat organic.

Responsabilitatea în tratament stă în alegerea metodei optime, iar dacă este vorba de medicament, selectarea lui, stabilirea dozei și a căii de administrare, a ritmului, a compatibilităților etc. Farmacovigilența s-a născut ca o cerință de limitare a reacțiilor adverse care apar exploziv. Iatrogenie se mai produce și în psihoterapie (prin cuvînt) și, de anvergură, în chirurgie.

Cînd decizia este colectivă, rezultat al unui consult intra- sau interdisciplinar, răspunderea aparține tuturor, după contribuție. Rolul central rămîne însă medicului observator, cel chemat să integreze și să finalizeze deciziile, singurul în măsură să verifice rezultatele și să introducă rectificări eventuale.

Computerul nu descarcă pe medic de răspundere, chiar dacă îl poate ajuta în unele decizii. El a devenit un auxiliar extrem de prețios prin memoria sa și viteza de calcul. Ne ajută în demersul nostru diagnostic, dar numai pentru etape scurte, pentru răspunsul la întrebări țintite. Nu poate în schimb să elaboreze o strategie. Decizia propriu-zisă rămîne privilegiul și datoria medicului. Ea este prin excelență un act de creație. Acest imperativ derivă din individualitatea cazurilor pe care trebuie să le rezolvăm. Ce limpede era Aristotel, cînd scria în „Metafizica" sa: „Experiența se ocupă de cazul izolat, pe cînd știința constă în cunoașterea generalului, iar activitatea practică și rezultatul ei au loc întotdeauna în domeniul individualului. Căci medicul nu tratează pe om în general sau doar în calitatea lui de om, ci pe Callias sau pe Socrate, sau pe alt individ, căruia îi revine același predicat, adică acela de a fi om".

S-a vorbit recent despre „efectul Dedalus" în cercetare, definit ca o înlănțuire fără sfîrșit a problemelor, un lanț al întrebărilor, nesfîrșit. Mitul lui Dedalus este mi-

tul inventatorului neostenit; legenda ne-a păstrat imaginea acestui spirit neliniștit care oferise omenirii nenumărate descoperiri și care construise Labirintul pentru Minotaur, în Creta, la cererea regelui Minos. Pedepsit însă, împreună cu fiul său Icar, el își recapătă libertatea zburînd cu aripile pe care le confecționase. Icar, s-a apropiat însă prea mult de soare, aripile — de ceară — s-au topit și și-a plătit astfel îndrăzneala prin moarte. În clinică se întîmplă uneori la fel. Cauți, găsești, alte probleme îți apar, iar cauți, și tot astfel. Iar cînd te apropii de soare . . .

Există un personaj savuros într-una din povestirile lui Cehov (Cehov era medic): felcerul Kuriatin. Căutat de un bolnav care se plîngea de dureri de măsele, el comentează, pregătindu-și instrumentele: „chirurgia e un fleac!". Extracția reușește însă greu și survine atunci o dispută. El își revizuiește opinia: „chirurgia nu-i un fleac, măi frate . . .". Și era vorba de o anumită chirurgie. Ce să zicem despre răspunderea deciziei în marea medicină?

Buna calitate a deciziilor și valoarea actului medical reclamă verificarea permanentă a rezultatului. Proba trebuie întărită prin contraproba, datele subiective prin cele obiective. În dinamică, decizia nu constituie un act absolut și ireversibil, ci trebuie să fie flexibilă, totdeauna reglabilă. Tocmai aceasta constituie condiția perfectibilității.

MEDICINA ÎNTRE PERFORMANȚĂ ȘI RISC

A existat o perioadă idilică de expectativă, cînd fără paradă de modestie se spunea: *„medicus curat, natura sanat"*. Posibilitățile de acțiune erau foarte restrînse pe atunci. Medicina epocii moderne a dobîndit însă puteri extraordinare, fetișizate adesea și temute cîteodată. Eficiența actului medical se măsoară nu numai la scară individuală (modelul clasic al sistemului medic-bolnav) ci în mare măsură la scară socială, chiar planetară și — întrevăzut — cosmică.

Palmaresul succeselor înregistrate este cu adevărat extraordinar. Saltul spre performanță a început o dată cu dezvoltarea științelor fundamentale care o slujesc. Bacteriologiei îi datorează astfel posibilitatea de combatere a bolilor infecțioase, aspect ilustrat de scăderea mortalității prin infecții și de eradicarea sau limitarea unor flageluri care pustiau odinioară teritorii vaste, cum erau ciuma, variola, holera. Situația este aceeași privitor la tifos exantematic și malarie. Vaccino- și seroterapia, antibio- și chimioterapia au deschis o eră nouă. Azi nu se mai moare (sau n-ar trebui) de avitaminoze, pentru că pelagra, scorbutul, beri-beri și altele pot fi nu numai combătute, ci pe deplin prevenite. Nu ne mai copleșește conceptul de terapie substitutivă, după ce medicina a învățat să corecteze prin medicamente specifice carența de hormoni sau enzime, șansă de care a beneficiat endocrinologia și gastroenterologia în primul rînd. Era imunologică a marcat intervenția deosebit de activă a imunodepresoarelor și imunostimulantelor, cu aplicații foarte variate. Concepții noi privind geneza bolilor au impus și strategii noi de combatere a lor. Terapia este încadrată în prezent de profilaxie și recuperare, realizîndu-se un triptic operațional bine articulat. Fără a omite interferența consiliului medical (și al reglementării juridice) în organizarea vieții sociale și în protecția mediului.

Iată doar cîteva exemplificări, care argumentează puterea reală a medicinii de astăzi. Am putea atunci înțelege și reacția manifestă sub acuzația că medicul a devenit un dictator al umanității. Iatrofilia dezvoltată ca o tendință naturală urmărind păstrarea sănătății, se însoțește acum și de obsesia surprinzătoare a iatrectomiei. Medicodependența (salutară, în anumite limite) își găsește pandant în revolta față de medicină. Iată o teză nihilistă a unui criticist ca Ivan Illich, formulată într-o carte cu titlu sugestiv, „Nemesis Medical": „medicalizarea vieții este atît de absurdă, încît toate problemele — de la incapacitatea școlară și pînă la relațiile sexuale — fiind reglate de către medic, oamenii sfîrșesc prin a demisiona... profesia medicală ajunge să joace un rol rezervat odinioară clerului". N-am subscrie la o astfel de apreciere dar să recunoaștem prezența tot mai accentuată a sfatului medical în viața noastră, ca element indispensabil de raționalizare și igienizare, ca factor de protecție contra abuzului de libertăți care amenință omul din societățile dezvoltate.

Omul de azi se vindecă mai frecvent și mai repede, speranța de viață a crescut, piramida vîrstelor s-a modificat prin ponderea tot mai mare a vîrstei înaintate. Și totuși imputăm medicinii că știe mai mult decît face. Numeroase acțiuni de eficacitate bine verificată rămîn încă un „model" restrîns la eșantioane reduse de populație. Conceptul de „screening" și de „selecție" operează tocmai în acest stadiu „pilot", destinat să prefigureze medicina viitorului. În prezent acceptăm însă acest dezolant bilanț exprimat de J. Hamburger: „deși numărul bolnavilor salvați este în creștere, ca cifră absolută, procentajul de bolnavi salvați este hotărît în scădere, raportat la cei care ar putea fi salvați". Contrastele se manifestă la maximum între diferitele arii ale globului. Sînt zone prea extinse unde mor oameni, deși nu mult ar lipsi să poată trăi.

Una din principalele servituți ale medicinii din perioada exploziei științifice este iatrogenia. S-a înmulțit numărul medicamentelor și a crescut eficiența lor? Au devenit amenințătoare reacțiile adverse. În unele statistici apar mai frecvente manifestările de intoleranță, (dacă nu toxice) produse de medicamente, decît însești bolile care cer tratamentul. Responsabilitatea nu revine exclusiv medicului, pentru că abuzul de droguri este azi o epidemie modernă și excesul de medicație își are un rival serios în excesul de automedicație. Chiar dacă ne-am referi exclusiv la tranchilizante, antialgice și antibiotice, al căror consum a atins cantități absurde în toate țările care dispun de ele. Se înregistrează la fel și un abuz de chirurgie, constînd nu numai în intervenții insuficient justificate, ci și în concepții criticabile. Un singur exemplu: tratamentul obezității „monstruoase" prin by-pass intestinal, care permite ingestia de alimente după dorință și totodată eliminarea lor prin scurtcircuitarea unei porțiuni însemnate de intestin. Intervenția duce adesea la degradări nutriționale încît se impune reintervenția pentru suprimarea montajului efectuat.

Medicina modernă îndrăznește să forțeze barierele naturale ale vieții, intervenind sigură de sine (și s-ar părea, orgolioasă) asupra genezei acesteia și asupra morții. Aici se trăiește de fapt drama ucenicului vrăjitor. În aceste puncte nu toate consecințele sînt previzibile. Sigur, nu toate deciziile sînt fără rezervă în acord cu principiile umanismului, cu atît mai mult că apariția de noi probleme etice impune și noi soluții etice. Acestea nu sînt însă cristalizate, controversele abundă, reculul de timp necesar verificării încă lipsește. S-a spus: „biologia modernă: o putere înspăimîntătoare". În fapt revoluția biologică (sub aspectul care vizează ființa umană") a făcut ca oamenii de știință să discute „un amestec de previziuni optimiste referitoare la avantajele viitoare și de avertismente privitoare la eventualele catastrofe" (S. E. Luria). În acest punct fascinația și mitul au devenit maxime: să cunoști codul genetic, să sintetizezi gene, să realizezi sciziunea dintre eros și reproducere, să poți „naște" copii în eprubetă, să pui problema selecției de material genetic folosit pentru uzul unor

astfel de laboratoare — fabrici de oameni, provocînd „loteria geneticii" ... Pînă la urmă a apărut și întrebarea: „cine urmează să decidă ce este de dorit și ce nu este de dorit, ce este superior sau inferior la un om"?. Tot astfel, dacă mijloacele anticoncepționale au reușit eliberarea jucăriei sexuale, pînă unde se poate merge fără periclitarea fondului demografic?

La limita dintre viață și moarte se poartă azi o luptă extrem de tensionată. Performanțele terapiei intensive, ale resuscitării și reanimării sînt uimitoare. A devenit posibilă alimentația artificială intravenoasă care menține în viață ființele altfel condamnate. Dispunem de organe artificiale, recurgem la transplante de organe, avem condiții tehnice de întreținere a unei vieți artificiale. Și astfel s-a impus redefinirea morții, pentru ființa umană acordul mergînd spre stingerea activității cortexului, verificată prin lipsa undelor caracteristice pe electroencefalogramă. Vechea definiție care se referea la „funcții vitale" a devenit inactuală pentru că și inima și plămînul și rinichiul pot fi substituite de instalații complexe de mare eficiență. A apărut disputa „dreptul la viață sau dreptul la moarte?". Există de acum jurisprudență în „condamnarea medicilor" de către instanțe juridice să suprime activitatea lor de întreținere în viață a unui pacient irecuperabil lipsit de cunoștință, „incompetent". Se cunosc și somații ca aceasta, exprimată de o tînără de 17 ani care trăia dependentă de rinichiul artificial, după ce eșuase o tentativă de transplant renal de la fratele său: „Încetați. Nu pot trăi restul vieții mele în acest fel ... Nu pot. Am 17 ani. Să trăiesc alți 30 de ani în acest fel? Nu, nu pot". Refuzul de tratament este și el un drept. Medicina nu poate fi totuși atrasă spre eutanasia activă, solicitată uneori de bolnavi incurabili grav și azi privită drept criminală. Achitarea unor medici acuzați pentru un astfel de gest „eliberator" nu a schimbat cu nimic opinia despre imoralitatea sa. A apărut în schimb noul concept de eutanasie pasivă, („a lăsa să moară"), extrem de nuanțată, în conținut, acceptată ca legală cînd se dovedește voluntară dar rămînînd în esență dependentă de normative etice. Nu lipsesc însă din judecată nici criteriile economicității, date fiind in-

terveniile costisitoare cerute de un program complex de prelungire a vieții.

Medicina are în prezent un nou pacient: fătul. Intervenții medicamentoase și chiar microchirurgicale sînt deja înregistrate. Perspectivele apar cu adevărat fascinante. Acceptăm toate riscurile? Atenția este cu deosebire reținută de calitatea vieții. Neonatologia cunoaște și ea performanțe remarcabile. Pentru bolile genetice ireductibile a apărut însă, cu aceasta perspectiva difuzării tarei prin aducerea unor copii, altfel condamnați, la vîrsta reproducerii. Consultația genetică și consiliul prematrimonial își propun să limiteze un astfel de risc. Nu sînt însă, singure, suficiente. Responsabilitatea omului a crescut mult la treaptă individuală. Medicina ca instituție se dovedește neputincioasă.

Dimensiunea ecologică a medicinii moderne nu poate fi de fapt întrevăzută cu exactitate. Prea multe sînt pericolele cărora ne expune asaltul civilizației pentru a nu medita îndeajuns la fiecare pas făcut pe linia progresului. Rolul de consilier al medicului devine aici central, el este chemat să îndrume, să corecteze și să cenzureze deciziile amenințătoare. Nici el însă nu le prevede pe toate și mai ales nu totdeauna este urmat. Să ne reamintim dar freamătul unui vers de Villiers de l'Isle-Adam: „Ah! On s'en souviendra de cette planète". Să ne mai temem și de o astfel de viziune de coșmar ca aceasta: „Lumea are cancer, iar acest cancer este omul" (A. Gregg). Să acceptăm mai curînd ideea despre „*homo ecologicus*", definit ca tehnologul care acționează conștient, cu toate facultățile sale, atît în transformarea cît și în protejarea mediului natural (V. Isac).

Performanța presupune riscul. Nu trebuie, dar, să evităm performanța de teama riscului. Performanța implică însă — și mai ales — șansa, șansa bolnavului în discuția noastră. Aritmetica acestui echilibru șansă-risc apare de aceea decisivă pentru acceptarea sau respingerea tentativei de performanță. Cu sublinierea neapărată că performanța nu este o valoare în sine, și nu trebuie căutată pentru ea însăși, ci numai pentru ceea ce poate oferi omului! Și în cîmpul medicinii orice reușită este la început o performanță, în istoria ei, mai înainte de a

deveni o standardizare. Îndrăznelii de a o provoca îi datorăm toate acțiunile „de vîrf" și mai ales progresul. Ideea-cheie care stăpînește total acest cîmp de frămîntări rămîne Responsabilitatea.

Dilemele sînt multe și nu numai în medicină. Sensul umanist al gîndului și acțiunii noastre rămîne reperul care ne orientează.

MEDICINA ȘI UMANIZAREA CIVILIZAȚIEI

Relația dintre cei doi termeni ar putea fi discutată bisensual: ce așteaptă medicina de la civilizație, ce așteaptă civilizația de la medicină? De fapt și medicina și civilizația sînt integrate, ambele aliniate conceptului și idealului de umanism. Medicina devine civilizație prin saltul ei de la empiric la știință, civilizația trebuie să fie prin toate ipostazele ei un cadru de protecție a sănătății. Ca proces dinamic, în continuă desfășurare, civilizația se prezintă ca o tendință și nu ca stație finală în evoluția societății. Progresului lent, previzibil, i se adaugă momentele de transformări rapide, „de criză". Elementelor tradiționale li se adaugă elementele noi, unele bune, altele rele, de multe ori imprevizibile. În acest fel impactul civilizației implică efecte patogenetice cu ecou biologic, psihic și social. Civilizația poate apare de acea uneori ca o amenințare, o a doua fatalitate după ereditate. S-a și vorbit despre „bolile civilizației", înțelegînd prin acestea bolile omului care trăiește în condițiile civilizației. Dar am putea distinge chiar unele boli ale însuși procesului de civilizație.

În acest spirit, Konrad Lorenz (premiul Nobel 1973, pentru medicină), semnalînd cele „8 păcate de moarte ale lumii civilizate" notează și pe acestea care au răsunet asupra sănătății: dezlănțuirea tehnologică, devastarea mediului natural, degradarea genetică determinată de unele modalități de viață. Cu adevărat trăim drama ucenicului vrăjitor. Posibilitățile crescute de care dispunem au catapultat cerințele noastre uneori pînă la absurd. A crescut confortul, cresc și dorințele, mereu dincolo de limita lui accesibilă. Explozia tehnică și „supunerea" naturii riscă să creeze dezechilibre deseori grave. Un grup de studiu asupra dezvoltării umane funcționînd sub egida O.M.S., apreciază: „ne găsim în prezent într-o capcană culturală a propriei noastre creații. Dezvoltarea umană este influențată de modificările rapide care au loc în viața omului... Modificările care sînt dăunătoare dezvoltării umane impun un tribut inutil din partea tinerei generații". Să recunoaștem că tributul este real și că interesează de fapt toate vîrstele. Să ne mai mirăm dar atunci cînd progresul este apreciat foarte limitativ? Osler în 1899 comenta: „să fie capabil oricine și în orice condiții de a diferenția malaria de alte boli febrile este unul din cele mai importante progrese ce s-au făcut în ultimii ani în medicina practică". Criticismul și nihilismul născute din temeri și dezamăgiri au putut sugera unora refuzul civilizației, de neacceptat. Reticența și preferința arbitrară îl puteau duce pe Picabia să aprecieze: „cea mai frumoasă descoperire a omului este bicarbonatul de sodiu". Dar problema, sigur, nu după astfel de poziții ar putea fi rezolvată.

Medicina și de altfel biologia, în ansamblul ei, au fost prezente consecvent în demersul civilizației. Cu siguranță, nu în toate punctele strategice și nu totdeauna. Deși s-a vorbit uneori despre „abuzul de biologie", „de medicină". Reprosul s-a făcut mai ales de către economiști, cei care au apreciat că a crescut în exces costul sănătății, „dincolo de capacitatea de control, peste limitele capacității de a plăti a societății". Critica poate fi localizată — cum s-a făcut mai comun — la costul investigațiilor și tratamentului, al spitalizării, dar vizează și eforturile de protecție a muncii, de igienizare a mediului, de profilaxie și depistare a cazurilor latente de boală etc.

Iată însă un repros invers, făcut de un igienist, profesorul Rex Fendal (Liverpool): „dacă aș compune un epitaf al medicinii secolului XX, ar trebui să scriu: strălucitoare prin descoperirile sale, superbă prin cuceririle tehnice dar ineficientă în aplicarea acestora". Ceea ce s-ar putea traduce în propoziția că medicii nu au dus pînă la capăt soluțiile propuse. Dar cui revine dreptul și obligația de a le aplica? Există convingerea că facem mult mai puțin decît știm, decît am putea să facem. Nu numai medicii, ci oamenii toți, nu numai individul, ci societatea în ansamblul ei.

Este poate un paradox dar proporția de bolnavi care ar putea fi în prezent salvată — față de numărul celor care sînt efectiv salvați — este mai redusă decît cea salvată odinioară, la condițiile tehnice de atunci. Cota de suferință umană nu pare să fi scăzut cu civilizația. Unele boli au fost înlocuite cu altele. La limitele care se cheamă „disponibilitate", „economicitate", „accesibilitate", „prioritate", „rentabilitate", „eficiență", „raționalizare" etc. trebuie să adăugăm repartiția strident inegală a condițiilor de sănătate pe suprafața globului. Despre o medicină a elitelor, o medicină aristocratică, nu poate fi vorba ca model; ea există totuși pe alocuri în lume. Civilizația evoluează însă paralel cu democratizarea valorilor, cu accesul maselor largi la resurse. Aplicarea practică a acestui înalt principiu umanist rămîne încă deficitară. Și nu numai sub aspectul sănătății ci mult mai larg. S-a spus că „există un tragic divorț între descoperirile fabuloase ale inteligenței omenești și rezultatele lor" (George Portmann). Acesta rezultă în mare parte din nevalorificarea și nu din sterilitatea descoperirii.

Tehnologia dezvoltată este un prim factor invocat în dizarmonia dintre sănătate și civilizație. Nu rezerva față de progresul tehnic (dusă greșit de unii pînă la contestare), ci controlul său! S-a vorbit despre „îmblînzirea tehnicii"; preferăm ideea de „umanizare" sau și mai bine, „umanismul tehnicii", care ne obligă s-o proiectăm de la început cu gîndul la om și nu doar s-o corijăm după. A născut o disciplină nouă ca ergonomia, care îmbogățește și anticipează, poate preveni chiar „medicina muncii". Dispunem de o legislație sanitară și de un sistem de control (i se spune pe undeva chiar „poliție sanitară") principial eficace, cu succese de necontestat la modul concret. Aplicată în medicină, tehnologia deschide însă perspective critice care impun o vigilență și o securitate etică de mare concentrare. Este adevărat că tehnologia tinde să întreacă, prin ritmul său rapid de dezvoltare, capacitatea noastră de a soluționa toate problemele etice pe care le pune. Apar dileme, contradicții, uneori foarte greu de depășit. Acestea sînt amplificate de interesele centrifuge ale celor din afara medicinii, implicați în actul tehnic medical. Concurența între fabricanții de medicamente și aparatură a luat probabil as-

pectul cel mai deplorabil, cu deosebire prin publicitatea neștiințifică care magnetizează și derutează pe laici. S-a vorbit de exemplu, sub slogane publicitare despre „heart mafia", în legătură cu revărsarea obsedantă de grăsimi antiaterogene pe piață, deși a fost generată inițial de o teză științifică (este drept, prea unilateralizată).

Criza ecologică este un alt aspect alarmant, înțeles nu numai la scară rezidențială limitată, ci și la scară planetară, cosmică. Veleitatea cuceririi naturii a trebuit înlocuită cu obligația protejării ei. Lupta cu poluarea nu s-a declanșat încă în măsura dorită. Deși începutul s-a făcut cu mult timp înainte! Iată o expresivă scrisoare din anul 639 î.e.n.: „locurile noastre îmi par colțul cel mai frumos din lume. Se găsesc atît de aproape de Babilon, încît avem toate avantajele orașului, fără să avem zgomotul și murdăria lui". Fuga de oraș? Sigur, nu! Ci integrarea civilizației în natură. Lucru de înțeles, pentru că omul însuși este „parte a ordinii naturale" și nu doar „stăpîn al naturii". Dezideratul „concilierii omului cu natura" rămîne esențial, dacă dorim să ne păstrăm în sfera armonică a naturii și nu să ne retragem într-o nișă artificială, inventată de noi și sfidînd legitățile naturii. *„Homo ecologicus"* este ipostaza care ne salvează. Căci într-adevăr, cum se știa de mult, *„medicus naturae non magister sed discipulus"*; lecția naturii trebuie dar respectată.

Problemele moderne ale alimentației sînt la rîndul lor contradictorii. Subnutriția poate fi găsită alături de supraalimentație. Hrana rațională înseamnă pentru unii evitarea carențelor de calorii, proteine, vitamine și minerale, pentru alții „dieta prudentă", cu limitarea aportului, restrîngerea glucidelor și grăsimilor, creșterea consumului de vegetale (acest nou zeu al omenirii din secolul nostru, care se cheamă „fibre alimentare"!).

Modularea genetică a devenit o performanță de perspective cu adevărat demne de măreția omului dar ascunde grave riscuri, neapreciabile astăzi. De la consiliul genetic, menit să restrîngă pericolul loteriei eredității, se tinde către îmbunătățirea calității vieții. Aceasta a devenit realitate sub aspectul medicinii embrionului și fătului. Sănătatea omului este controlabilă din perioada intrauterină. De selecția genetică nu poate fi însă încă

vorba, și însuși conceptul de „eugenie“ necesită o reformulare, după blamarea suferită, într-un spirit consecvent umanist. Nu se va ajunge niciodată la coborîrea speciei umane la nivel biologic subuman imaginînd problema (un coșmar!) după tipul fermelor de reproducere animală dirijată, sau al loturilor experimentale de culturi vegetale.

Comportamentul individual al omului civilizat ridică el însuși probleme care amenință sănătatea. Modul de viață presupune un ritm dat între muncă și odihnă. Lumea modernă este confruntată cu abuzul de noxe autoinduse (fumat, alcoolism, abuz de medicamente, toxicomanii), cu stresul, accidentele de tot felul, agresivitatea interumană, devierile sexuale ș.a. Mai mult decît imperativul educației în probleme de igienă, gîndim astăzi și o medicină comportamentală. Fără să fim intimidați de acuzații nedrepte („medicina ia omului libertatea, sub pretextul că i-o dă“), trebuie să militäm mai susținut pentru ca fiecare să-și ia în mîini propria-i sănătate, fiecare să-și asume răspunderea de sine.

Medicina individului s-a completat tot mai eficace cu medicina colectivității. Medicina omului este o medicină a omenirii. Mutația s-a făcut, așteptăm dezvoltarea noii dimensiuni. Spiritul integrativ al medicinii epocii de civilizație înaintată nu poate fi fertil fără concursul întregii societăți. Cooperarea interdisciplinară este indispensabilă, cooperarea interumană — pe toate planurile, la toate nivelele — apare însă vitală în acest punct al istoriei.

Un aforism Zen poate fi revelator pentru gîndul care ne preocupă: „Dacă omul nu știe nimic, pentru el munții sînt munți, apa apă și arborii arbori. Dacă omul învață cîte ceva, munții nu mai sînt munți, apa nu mai este apă, arborii nu mai sînt arbori. Cînd a înțeles în sfîrșit, munții devin din nou munți, apa apă și arborii arbori . . .“. Am putea spune că noi, oameni, mai avem încă mult de învățat pînă vom ști cu adevărat ce trebuie pentru ca omul să fie om, civilizația civilizație și fericirea fericire. În această direcție, medicina are și ea un cuvînt de spus. Sau de repetat! Nu pesimismul și nici opusul său, periculos prin demobilizarea la care ne-ar

duce, ci responsabilitatea trebuie să stăpînească gîndul și acțiunea noastră. Alarma a fost exprimată. Și întrucît omul de azi nu se mai mulțumește să spere, ci acționează, el se angajează cu tăria lui în modelarea progresului. Consemnul „sănătate pentru toți în anul 2000“, propus de O.M.S., trebuie înțeles și ca un îndemn: sănătate prin toți!

SISTEMUL MEDIC-BOLNAV

Sub forma sa reprezentativă, actul medical se consumă între doi parteneri: medicul și bolnavul. Prin interrelațiile care îi integrează într-o unitate funcțională și prin rezultanta specifică a colaborării lor, ei alcătuiesc laolaltă un sistem. Ambii factori își pierd individualitatea pe durata contactului lor și dobîndesc noi trăsături. Acest cuplu este controlat de aceleași legi valabile pentru toate sistemele — cele sociale, în mod particular — cu individualizări aferente domeniului de referință, medicina.

Sub aspect operațional, medicul este subiectul acțiunii ce se desfășoară. El analizează metodic semnele care duc la diagnostic, decide succesiv investigațiile necesare, sintetizează apoi informațiile prin referire la modelele de boală existente (și eventual nou structurate), elaborează programul de măsuri destinate restabilirii sănătății. Bolnavul constituie în această schemă un obiect de studiu și receptorul pasiv al procedurilor exploratorii și sanogenetice. În această ipostază, relația se stabilește de fapt între medic și boală, bolnavul fiind doar furnizorul de informații privitoare la boală. Personalitatea lui nu este în mod necesar angajată, ar putea fi deci ignorată, excepție făcînd stările morbide psihice sau condiționate psihic. Și totuși, reducerea „bolnavului" la boala pe care o prezintă nu poate fi acceptată. Medicul trebuie să-l readucă la poziția de demnitate și la echilibrul interior de care are nevoie ca om. Sistemul medic-bolnav, care conferă eficiență deplină și măreția actului medical, se realizează doar atunci cînd nasc legături între cele două personalități. Condiția umanistă a medicinii este întrunită doar prin cooperarea celor doi factori, prin participarea lor activă. Medicul este cel care trebuie să asigure integrarea bolnavului în microsistemul ce se constituie, găsind pentru fiecare individualitate căile adecvate. Eșecul său în această întreprindere poate deveni eșecul însuși al actului medical.

În practică se întîlnesc variate tipuri de relații între medic și pacient. Au fost evidențiate trei modele posibile. 1) „Activitate-pasivitate" (prototip: relația părinte-copil). rolul bolnavului este doar de recipient incapabil de a reacționa, cum se observă în stările comatoase, șoc, narcoză). 2) „Cooperare condusă" (prototip: relația părinte-adolescent): rolul bolnavului este de cooperare și ascultare, cum se observă mai ales în bolile acute. 3) „Participare bilaterală" (prototip: adult-adult): medicul îl ajută pe bolnav să se ajute singur iar bolnavul participă ca partener, cum se observă în majoritatea bolilor cronice (T. Szasz și M. H. Hollander, 1956). Evident că sistemul, în înțelesul riguros al conceptului, nu poate fi realizat dacă lipsește conștiința de sine și responsabilitatea pacientului. Ultima variantă dintre cele enumerate este așadar cea optimă și către ea trebuie tins în toate situațiile de boală, indiferent de evoluția lor. Deziderатul rămîne deci transformarea relațiilor medic-bolnav într-un sistem viabil, activ, dinamic.

Un statut normativ și o codificare a principiilor de funcționare a acestui sistem nu există. Sînt conturate doar condițiile care reglementează conduita medicului. Ele au o dublă polarizare: eficiența și umanismul. Prima coordonată este deservită de un complex de principii metodologice ce se înscriu sub semnul valoric al competenței profesional-științifice. Care este strategia diagnosticului și tratamentului, care sînt direcțiile optimizării ei constituie probleme ce țin de pregătirea medicului. A doua coordonată se decantează prin prevederile foarte explicite ale codului etico-deontologic al profesiunii și rămîne perfectibilă în continuare. O formulare normativă privind pe bolnav nu s-a încercat niciodată, deși la rîndul său el este tributar aceluiași sistem, cu același scop, poziția fiind doar diferită. Aprioric se acceptă aderența sa la tot ceea ce concură spre eradicarea bolii. De multe ori se supralicitează însă potențialul natural de sanotropism al ființei umane minimalizîndu-se unele calcule reprobabile disimulate sau incapacitatea adaptativă, care subminează acțiunea constructivă a medicului. Neîntegrarea bolnavului în sistemul operativ, cu medicul

său, explică de multe ori rezultatele nesatisfăcătoare ale actului medical. Înainte de a renunța, medicul trebuie să încerce însă totul, fructificînd nevoia de reabilitare a partenerului său și neutralizînd, cînd există, tendințele de sens invers (refugiu în boală).

Funcția de lider al acestui microgrup o exercită în principal medicul. El este într-adevăr singurul calificat spre a conduce procesul sanogenetic, el are inițiativa, face analiza și sinteza informațiilor, are putere de decizie. Funcțiile sale de conducere sînt cu atît mai bine îndeplinite cu cît obține o mai bună solidarizare cu bolnavul. Se va comporta, desigur, totdeauna ca un lider de tip democratic, solicitînd acordul după ce dă explicațiile necesare, ținînd seamă de opinii și preferințe — dacă există variante multiple — și obținînd adeziunea, cu participarea efectivă la actul medical. Asumîndu-și toate răspunderile, medicul păstrează pentru sine anxietatea creată de perspective nefavorabile. Dacă obține consimțămîntul bolnavului, el nu devine totuși liber de răspundere. Trebuie să rămînă un lider generos, care tolerează și se dăruiește, respectă dreptul de opțiune al celui îngrijit și îl înconjoară într-un climat protector. Cu această optică, medicul se va lăsa el însuși condus, în anumite momente. Într-adevăr, pot fi recunoscute situații cînd bolnavul este cel care decide. Nu este vorba atît de preferințele subiective — deși nici ele de neglijat — sau de refuzurile generate instinctiv prin teamă și prejudecăți, care cer să fie combătute rațional, ci cu deosebire de informațiile obținute prin experiența anterioară a bolnavului. El este în măsură să diferențieze substanțe netolerate și tolerate, medicamente eficace și ineficace, să indice chiar factorii patogeni etc. Bolnavul devine astfel, episodic, liderul sistemului, el dirijînd mersul investigației sau aplicarea terapiei. Această poziție este mai ales evidentă în bolile cu evoluție îndelungată, unde aplicarea în detaliu a terapiei rămîne la decizia bolnavului, medicul prelungindu-și influența doar prin programul terapeutic formulat și rețetele eliberate. Între postura autarhică și aservirea exagerată față de subiectivismul sau prejudecățile unor bolnavi medicul caută de fiecare dată punctul de echilibru.

Sistemul medic-bolnav prezintă o dinamică vie. Se constituie, își îndeplinește sarcina și se dizolvă. Durata sa este uneori efemeră, alteori persistă însă nelimitat, cît timp există cei doi membri componenți. Constituirea rezultă din imperativul combaterii unei stări de boală, mai deseori la inițiativa bolnavului, dar în multe cazuri la cea a medicului. Eventualitatea din urmă este cea superioară, prin caracterul său activ și devine o trăsătură a prezentului. Întrucît orientarea bolnavului spre medic este dictată de sistemul organizatoric, al ocrotirii sănătății, constituirea sistemului devine atunci accidentală. Există însă și posibilități „de alegere", în baza legislației actuale, a circuitelor organizatorice care duc în mod necesar la un anume specialist, prin dreptul de opțiune. Situația este diferită în medicina individuală, acolo unde raportul se face de la persoană la persoană, în baza unui contract de tip comercial. Atunci cînd există, alegerea de către bolnav se face nu numai după criterii valorice, ci și după rezonanța socială, favorabilă sau negativă. La orientarea sa contribuie uneori fenomenul de miraj, cu deosebire cînd se interpune publicitatea. Se cunosc în acest sens veritabile psihoze care duc la asalturi în masă și migrări la mari distanțe a celor atrași de speranțe iluzorii, uneori cultivate cu abilitate. Să recunoaștem că mai adesea este vorba și de o psihodisponibilitate pentru evenimentul de excepție. Se cunoaște astfel fenomenul „placebo", cînd — consecvent legii „boală-medicament-sănătate" — orice influență primită de la medic este învestită cu virtuți terapeutice. Sau dimpotrivă fenomenul „nocebo", cînd teama față de un anumit remediu induce reacții negative. Or, vindecările miraculoase înregistrate în tot cursul istoriei s-au dovedit de fiecare dată succese aparente, întreținute printr-un entuziasm nevinovat și, mai grav, calcule premeditate sau viziuni paranoide. Intervin aici numeroase probleme ale psihologiei sociale, și de raportul dintre ele depinde și evoluția sistemului medic-bolnav.

Funcțiile medicului în cadrul acestui sistem sînt multiple. El este cel care descifrează și suprimă sau cel puțin atenuează suferința. Este confesor, educator și protector, de mai multe ori prieten. El reprezintă știința

concretizată în formula proprie bolnavului. El inventează, dacă este necesar, noi soluții. La rîndul său, bolnavul contribuie la edificarea diagnosticului și colaborează la elaborarea programului terapeutic și aplicarea lui. În „modelul lui Parsons" (1951) se enumeră următoarele obligații pentru bolnav: motivația de a se simți bine, urmărirea unui sprijin tehnic competent, încrederea în medic. Obligațiile medicului sînt astfel sistematizate: să acționeze pentru binele bolnavului, să fie condus de normele comportării profesionale, să aplice într-un grad înalt priceperea dobîndită și cunoștințele privitoare la boală, să fie obiectiv și detașat emoțional (neutralitate afectivă), să mențină autoreglarea profesională. În ce privește privilegiile, acestea ar fi pentru bolnav scutirea de obligații sociale și de responsabilitatea față de starea sa, iar pentru medic accesul la intimitatea fizică și spirituală, autonomia, dominația profesională. Și alte opinii menționează faptul că medicului îi sînt asigurate unele drepturi complementare care lipsesc în alte forme de relații interpersonale: dreptul la examenul intim al corpului, dreptul la operații mutilante (I. Spielmann, 1972).

Eficiența sistemului este în cea mai mare măsură condiționată de stabilitatea și gradul său de integrare. Pentru menținerea raportului echilibrat între cei doi factori intervin numeroase mecanisme de autoreglare, care funcționează pe baza acțiunii și retroacțiunii, în ambele sensuri. Are loc un proces de modelare reciprocă, de interadaptare, mereu perfectibil. Medicului i se cere o deosebită flexibilitate pentru a putea încheia sisteme operaționale cu bolnavi de cele mai diverse structuri. Dacă medicul posedă o personalitate relativ adecvată prin orientarea profesională — cel puțin în deziderat și străduințe — bolnavul se prezintă așa cum este el, uneori dominator, suspicios, lipsit de încredere, alteori agresiv sau indolent. Referirea din literatură la „bolnavii dificili" reflectă o realitate care solicită un plus de investiție din partea adevăratului medic. În capacitatea sa de integrare stă poate în cel mai înalt grad ceea ce se numește „arta medicului": puterea de identificare cu fiecare bolnav în parte, capacitatea de a-l înțelege și a-i cîștiga încrederea, alături de priceperea individualizării teoriei științifice la problematica proprie acestuia.

În cazul consultului structura sistemului devine mai complexă: putem identifica o schemă stabilă care-l integrează pe bolnav și pe medicul observator permanent (cel care a organizat consultul și va aplica prescripțiile făcute) și mai multe scheme fluxionare care-l integrează pe bolnav cu fiecare din specialiștii care îl examinează. Subliniind ponderea primului subsistem, nu vom neglija însă nici pe a celor secundare. Relații complexe se regăsesc și atunci cînd medicul desfășoară acțiuni extinse la un grup de persoane; el devenind acum centrul unui număr mai mare de sisteme, fiecare cu specificul său și fiecare impunînd deci particularizarea intervenției.

Pentru sistemul medic-bolnav, comunicarea reprezintă un element crucial care asigură solidarizarea de acțiune. Medicul trebuie să-și cenzureze cu multă rigoare tot ceea ce exprimă, verbal și gestic. Mesajul transmis de el ar putea lua forme și dimensiuni surprinzătoare în conștiința bolnavului, condiționat de sensibilitatea și capacitatea de înțelegere a acestuia. Există o iatrogenie a limbajului, care nu are numai inculpări etice, ci alterează însăși eficiența sistemului pe care îl servește. Influența sa psihoterapică trebuie valorificată sub toate valențele cunoscute: psihoterapie de susținere (liniștirea și încurajarea bolnavului, ancorarea lui în coordonate subiective de securitate), psihoterapia reeducativă (revizuirea unor concepții greșite, completarea unor carențe informaționale, remedierea unor deprinderi etc.) și psihoterapia reconstructivă (restructurarea unor componente mai importante ale deprinderilor, caracterului, sistemului axiologic etc.). Nu trebuie neglijat nici caracterul bisensual al comunicării, chiar dacă există o anumită asimetrie în favoarea medicului.

Sistemul medic-bolnav nu poate fi conceput în izolare și autonomie, el evoluează sub numeroase influențe extrinseci. Factorii care îl condiționează pot fi de natură psihologică (aparținînd mediului familial, profesional, macrosocial), economică, organizatorică. Alături de factorii favorizanți și activatori, există alții perturbanți și inhibanți pentru sistem. Este nevoie de aceea de o permanentă reechilibrare prin mecanisme homeostatice, controlate de medic în cea mai mare măsură, dar unde și bolnavul are o contribuție certă; tot astfel cum nevoia

de integrare funcțională impune un continuu efort de autocontrol și automodelare. Reacțiile anxioase față de anumite indicații impun deseori revizuirea strategiei medicale, atenuarea presiunii, înlocuirea certitudinii cu probabilități. După cum, dimpotrivă, fermitatea apare alteori indispensabilă, înlocuind o conduită excesiv de îngăduitoare. Oricum, se lasă bolnavului dreptul de decizie la care aspiră, evitîndu-se forțarea voinței sale și furnizîndu-i suficiente elemente pentru a-și putea organiza o poziție rațională și responsabilă față de problemele sale. Transferul către bolnav al unor acțiuni terapeutice și de observare (autoinjecții, măsurarea unor parametri de control) întărește puterea sistemului și suplinește pe medic în numeroase faze ale asistenței de specialitate.

Se cunosc multiple posibilități de alienare în cadrul sistemului analizat, care amenință cu scăderea eficienței și chiar cu dizolvarea lui. Formalismul și funcționarismul exprimă legătura circumstanțială, de suprafață. Cei doi parteneri rămîn doar în contact accidental, fără intercomunicare și integrare. Tendința dominatorie (din orgoliu sau comoditate) în egală măsură cu aservirea excesivă (din interes sau nejustificat „respect") scad mult participarea fiecăruia. Neîncrederea este distructivă. Stările tensionale rezultate din divergența opiniilor și neadecvarea stilului anulează sistemul. Ele se prelungesc cîteodată în reacții vindicative și blamări reciproce, se pot chiar sistematiza în conflicte de ordin administrativ și chiar juridic.

„Cointeresarea" medicului de către bolnavul său reprezintă un pericol însemnat pentru demnitatea ambilor parteneri. Cînd se tentează anticipativ, poate ascunde interese reprobabile, dorința de obținere a unor privilegii, eventual chiar prin încălcarea legislației. Mai poate fi vorba de prejudecata „obținerii bunăvoinței", dar ea este cultivată (la noi) de tot mai puțini. În ce privește recunoștința umană pe care o generează succesul real al prestației medicale sau un surplus de dăruire, ea poate găsi și formule decantate de exprimare, pe deplin compatibile cu statutul etico-deontologic al profesiei. Neîndoielnic, poluarea raporturilor medic-bolnav poate fi evitată, onest, cu deferență și chiar cu afecțiune.

Dizolvarea sistemului se face de regulă spontan, o dată cu încetarea situației care l-a inițiat. Evoluția nu este însă totdeauna naturală, pot avea loc „rupturi" dramatice sau „expieri" încete. În asemenea situații poate fi vorba de insatisfacția bolnavului (justificată sau nu) dar și de ineficacitatea actului medical. Oricum, nu medicul va fi în măsură să lichideze sistemul — refuzînd să asiste mai departe pe cel care i s-a încredințat — cu excepția cazurilor cînd pacientul este transferat cu responsabilitate unui alt sistem, mai competent. Există însă și altă perspectivă: după eradicarea problemei medicale, legătura medic-bolnav dăinuie pe alte coordonate. Sînt prieteniile care se leagă, reflectînd strînse afinități spirituale, așa cum în istoria medicinei ne-au putut ilustra multe din marile personalități medicale. A intrat poate cel mai mult în universalitate doctorul Gachet, pictor refulat, care a trăit în ambianța unor pictori celebri, cu deosebire ultima perioadă de viață a lui Van Gogh fiind împletită cu destinul său. La noi, doctorul Dona, „medicul artiștilor" și-a transformat casa în cenaclu și muzeu. Mai aproape, profesorul Octavian Fodor și-a dus o a doua existență printre pictori și oameni ai scrisului, medic și prieten la aceeași incandescență.

Sistemul medic-bolnav tinde astfel spre o largă deschidere, depășind limitele profesiunii și incluzînd mari permanențe umane.

ADEVĂRUL PENTRU BOLNAV? ACELA CARE ÎL AJUTĂ!

Există unele puncte cheie în cadrul strategiei medicale. De atitudinea adoptată poate depinde întregul rezultat al tratamentului. Unul dintre acestea corespunde informării bolnavului asupra afecțiunii sale. Adevărurile simple nu ridică probleme. Un diagnostic lipsit de gravitate este un prilej de bucurie. A anunța pe cineva „nu e nimic patologic" sau „nimic grav, totul se va rezolva fără dificultăți", înseamnă curmarea unei nesiguranțe, a neliniștii și poate a unei anxietăți de anvergură. Comunicarea medicului cu bolnavul satisface principiile generale ale comunicării interumane: sinceritate, preciziune. Așa se explică de ce majoritatea bolnavilor ajung să știe, atunci cînd boala este de durată, aproape tot atîta despre ea, ca și medicul. Așa se justifică și dosarele „deschise" de investigații, care sînt aduse la zi, în funcție de necesități.

Într-o anchetă efectuată printre 200 de bolnavi, în R.F.G. (Demling și Flügel, 1975) s-a investigat atitudinea față de modul de informare din partea medicului privitor la diagnostic și riscuri terapeutice. Jumătate din bolnavi (49%) și-au manifestat dorința de a fi informați asupra riscurilor mai importante, 43% și-au extins curiozitatea la toate riscurile posibile iar 8% și-au arătat preferința pentru ignorarea totală a problemelor. S-a constatat că 88% din cei anchetați privesc cu mai puțină anxietate terapia aplicată, dacă sînt deplin informați asupra riscurilor, pe cînd 12% au recunoscut augmentarea anxietății în aceste condiții. În legătură cu o ipotetică boală incurabilă, 62% au dorit să știe întregul adevăr, 35% doar parțial și 3% nu au vrut nici o informație. Comportamentul diferă deci foarte mult, atît în legătură cu suferința subiectivă manifestată cît și cu boala existentă ca realitate.

Problema dobîndește un interes deosebit atunci cînd avem în vedere bolile cu prognostic grav — cele care sînt intratabile și care amenință cu infirmități sau chiar cu moartea. Discuțiile care se poartă sînt contradictorii. Punctul de vedere diferă în funcție de profesiunea celor care își spun cuvîntul. Reglementări explicite lipsesc. Nici nu ar putea fi stipulate norme rigide de conduită, într-o acțiune în care se înaintează pe nisip mișcător, urmărindu-se cu atenție reacția bolnavului.

Filosofii ne atrag atenția asupra relativității adevărului și asupra limitelor noastre în a-l cunoaște. Medicii s-au convins că, uneori, adevărul cel mai sigur în aparență, cel mai bine demonstrat, poate să fie o eroare. Au fost semnalate cazuri de sinucideri declanșate de aruncarea cu duritate a unui adevăr ca acesta: „îmi pare rău, dar aveți un cancer . . .", pentru ca, la autopsie, să se constate că de fapt nu de cancer era vorba. Incertitudinea diagnosticului poate fi foarte mare. Filosofii ne invită dar la prudență.

Moraliștii teoreticieni pledează pentru exprimarea consecventă a adevărului, „adevărul și numai adevărul". Dogma adevărului este susținută și de moraliștii creștini, care anatemizează „minciuna", ca pe un păcat. Cînd, în evul mediu, s-a cristalizat teoria minciunii pioase, ea a fost introdusă fraudulos în limbajul medical, și în orice caz, a necesitat toleranță. Dar adevărul este o abstracțiune. Recunoscîndu-i prețul real, morala nu ne ajută să-l vedem și să-l vehiculăm în concretul său: ce spunem, cît spunem, cum spunem, cînd spunem, cui spunem. După cum nu ne face să înțelegem în unele cazuri nici de ce o spunem. Adevărul spus bolnavului trebuie să aibă și o justificare, să urmărească un scop.

Juriștii țin steagul Drepturilor omului și susțin obligația medicului de a spune bolnavului întregul adevăr despre boala sa, pentru că el are dreptul să-l știe. Este, să recunoaștem, dreptul omului la suferință, dreptul omului să-și cunoască viitorul și perspectiva morții. Drept care este recunoscut chiar și condamnaților la moarte, anunțîndu-li-se în instanță sentința iar mai tîrziu, fiind puși din timp „să se pregătească" pentru ora H. Este

legal să i se spună. Este și uman? Exemplul nu este, desigur, bine ales. În multe țări, acolo unde se exercită medicina privată, nenumărați medici sînt acuzați pentru a fi ezitat să spună adevărul. Reclamanții erau frustrați de necunoașterea destinului lor: testamente, moșteniri, proprietăți, urmași, afaceri, bani. Erau frustrați cînd bolnavii, cînd — dacă ei mureau — cei care urmau să-și împartă cele rămase și care nu reușiseră să obțină la timp un aranjament convenabil. Motivele sînt de ordin material în general, dar pot fi și de alt fel, mai nobile, cum ar fi în cazul unui creator care ar fi putut să-și organizeze mai eficace lucrul, pentru a-și încheia o anumită operă. Sînt, toate, obiecții legale.

La noi, Legea nr. 3, a Sănătății, vorbește despre obligația medicului de a evita „orice atitudine care poate influența negativ evoluția bolii". Este recunoașterea principiului hipocratic de bază: a îndruma îngrijirea bolnavilor spre folosul lor. Același principiu pe care (se crede) l-a exprimat și Maimonide astfel: „fă ca să nu văd decît pe om în cel care se chinuie!". Principiul se păstrează și astăzi în Legămîntul profesional adoptat de Asociația Medicală Mondială (1948): „Voi privi sănătatea bolnavului drept principala mea grijă".

Ținînd seama de obligația legală și deontologică a obținerii consimțămîntului bolnavului (sau al persoanelor împuternicite să-l dea) — în legătură cu investigațiile și cu tratamentul aplicat — a apărut condiția informării cît mai depline, în vederea pronunțării acestuia. Refuzul se exprimă în scris, medicul avînd obligația de a da informații „asupra consecințelor ce decurg din neacceptarea îngrijirii propuse". S-a văzut aici obligația de a se comunica diagnosticul adevărat, „chiar în situația existenței unor boli grave, incurabile, cu deznodămînt fatal" (I. Pruncu, 1982). Studii juridice teoretice pledează și la noi, pentru adevăr, cu argumentarea că „ascunderea adevărului față de bolnav nu este necesară, ci, dimpotrivă, poate avea efecte profund negative... (P. Andrei, 1981). Cîte din efecte, și care, ajung însă la cunoștința apărătorilor legii?

Din necesitatea protecției lor proprii, pentru a preveni acuzații ulterioare, medicii din Anglia și S.U.A., cu precădere, au adoptat cu consecvență strategia adevărului. „Ai această boală, iată ce se poate și mai ales ce nu se poate, ai grijă, rezolvă-ți problemele, mai poate dura trei săptămîni, trei luni..." Adevărul spus, poți clasa împăcat fișa, nu te amenință nici riscul blamării („eroare", „omisiune de diagnostic") și nici cel al acuzării deontologice sau juridice. În dinamică, a crescut progresiv numărul medicilor americani care spun diagnosticul bolnavilor cu cancer: de la 10% în 1960, proporția lor a crescut la 97% în 1979. Aceeași tendință se manifestă și în alte țări, și — într-o măsură moderată — chiar la noi în țară. Atitudinea este adoptată în principal de specialiștii din rețeaua oncologică, dat fiind că bolnavii sesizează ușor motivul introducerii lor în acest circuit. Nu s-a formulat o opinie coerentă privind efectul acestui liberalism, părerile rămîn contradictorii, în baza experienței personale directe.

A spune adevărul nud, în cruzimea lui, poate fi foarte confortabil pentru medic și din alt punct de vedere. Evită astfel întrebările supărătoare și lamentările stresante induse de o suferință care se menține și nu răspunde la tratament, contrastînd flagrant cu diagnosticul nevinovat oferit. Se evistă „dubla contabilitate", fixarea a ce ai spus și ce ai păstrat secret din problemele diagnostice. Criza de timp a epocii noastre, viteza, desacralizarea care se extinde la tot mai multe valori, reacția antisentimentalistă converg toate spre o mutație a eticii medicale, mai exact spre deriva ei către simplificarea problemei, declarîndu-se de la început adevărul, așa cum cer juriștii. Marele Freud a ripostat însă atunci cînd medicul consultant l-a informat, „aveți un cancer hepatic": „Cu ce drept îmi spuneți acest lucru?". De fapt, obligația medicinii este sanogeneza. Ea nu are dreptul patogenezei. Aici stă dar soluția: a nu face bolnavului rău prin ceea ce îi spunem!

Neajunsul principal al ignorării diagnosticului real de către bolnav este, fără îndoială, refuzul tratamentului care decurge. Greșeala medicului ar fi de neiertat, dacă ar masca boala nu numai prin vorbe, ci și prin eliminarea gestului salvator. Dacă asiguri însă programul terapeutic necesar, etichetarea nu mai are importanță. Rezecția gastrică poate fi cerută atît de ulcerul benign, cît și de cel malign. Care ar fi beneficiul bolnavului dacă

știe cărui lot aparține? Se întreba cineva: „dacă e să mor, mă voi simți mai bine dacă o știu? Nu-i destul tratamentul aplicat, trebuie să mai fiu pedepsit și cu perspectiva eșecului?". Substituirea diagnosticului poate fi preferabilă. Alteori este suficientă atenuarea lui („poleirea", „aurirea"), prezentarea în termeni mai favorabili. Există unele diagnostice cu încărcătură simbolică gravă, amenințătoare, generînd panică și depresii. Este vorba în primul rînd de cancer, dar și de bolile de inimă, de ciroză, diabet zaharat, boli renale, colagenoze și multe altele. Atunci cînd situația concretă se prezintă într-o variantă mai ușoară, putem spune mult bolnavului, avînd grijă să-i demonstrăm heterogenitatea cadrului nosologic respectiv și să-i subliniem șansa de care se bucură: „e un cancer în stadiul zero, se vindecă sută la sută". Putem evita în parte stresul. Vom reuși însă totdeauna să golim noțiunea de încărcătura ei dramatică? Un alt termen, mai puțin poluat, nu ar fi oare mai potrivit? Cuvîntul — placebo este și el o realitate, medicul trebuie să-l găsească. Acesta trebuie să fie filtrul miraculos care lasă să treacă spre bolnav atît cît îi este necesar. Atît cît îl ajută să-și redobîndească (sau amelioreze) sănătatea.

De o poziție nuanțată, flexibilă, sensibilă, de progresul în informare făcut cu grijă, prudent, tatonînd reacția celui interesat, retractînd vorba dacă se impune, remodelînd argumentația, marii medici au vorbit totdeauna. A spune adevărul bolnavului înseamnă o artă care cere și suflet și inteligență și cunoașterea de oameni. *Quod medicamenta non sanant, verbum sanat!* Psihoterapia este prezentă în relația medic-bolnav și nu poate lipsi din acest moment etic al adevărului. Bechterew spunea că nu este medic acela, care după o conversație cu bolnavul nu-l face să se simtă mai bine. O. Fodor aprecia că bolnavului i se spune atît cît trebuie pentru folosul lui. M. Voiculescu (1972) considera că trebuie „să spunem atît adevăr unui pacient, cît îi face bine".

Un lucru este cert: nu aparține medicului să îmbrace haină neagră și asumîndu-și funcțiile judecătorului să condamne și să priveze pe un bolnav de speranță, cum se exprima marele clinician Osler. Speranța și voința de a lupta cu boala rămîn factori esențiali. Poți răspunde

cu sinceritate celui care te întreabă „doctore, voi muri?". Sau, „mă voi face bine?". El vrea să zică, „așa-i că nu voi muri?", „așa-i că mă voi face bine?". Aici se manifestă în mare măsură iatrogenia verbală.

Bolnavul trebuie apărat de adevărul care doare. Felul cum o vom face variază mult, cu boala și cu personalitatea bolnavului. Cînd interpunem între noi paravanul de protecție, adevărul va trebui drenat în mod obligatoriu spre cei apropiați. Vom asigura în acest fel climatul corespunzător de asistență. Ne cruțăm și pe noi de incriminări tardive fără temei. Sînt însă cazuri cînd trebuie să cauți în jur pe cel mai potrivit să privească adevărul în față. Sînt atîtea situații cînd și soțul este la fel de fragil și temător, dacă nu chiar mai vulnerabil decît bolnavul însuși. Cenzura adevărului trebuie dar extinsă, cînd se impune, la sfere mai largi în jurul bolnavului. Ea implică uneori și documentele scrise, actul eliberat în mînă.

Obsesia acelui „să nu faci rău", „să nu faci mai rău" dictează prudență. S-a spus: ideea că adevărul, adevărul întreg, și nimic decît adevărul trebuie spus bolnavului, e un exemplu de falsă abstracțiune... deoarece e imposibil să spui adevărul, nu există o distincție netă între ce e adevărat și ce e fals (L. J. Henderson, 1935). Medicului îi revine sarcina de a alege ce se spune. El trebuie să găsească și modalitatea cea mai potrivită și momentul cînd s-o facă. Sînt bolnavi care au oroare de un adevăr pe care nu-l vor putea corecta. Ei vor trebui cruțați. Sînt alții care își reclamă vehement dreptul de a ști totul, care confruntă rezultatele, opiniile, care suspectează și adevărul de a fi minciună, atunci cînd nu le apare destul de amenințător. Să nu-i tratăm cu cinism și iritare, zvîrlindu-le un adevăr pe care poate nici nu-l bănuiau. Chiar aceia care pozează calmul și stăpînirea de sine, de multe ori bravează, își ascund anxietatea și complexul de frustrare, adoptînd o ținută falsă — sau pur și simplu decentă.

Dar mai există și un adevăr subiectiv, un adevăr afectiv. Fiecare bolnav și-ar merita adevărul lui. Să încercăm să i-l acordăm. Uneori, bolnavul își selectează singur adevărul care îi convine. Poate fi impresionantă ușurința cu care acceptă interpretările roze oferite de

medic. Sau, poate, își are și el cenzura lui? De multe ori, el știe ceea ce credem noi că nu știe. Candoarea afișată este un mod de protecție. Și chiar o formă de manifestare a demnității, care îl cruță de „consolări" formale.

La un congres internațional a fost prezentat un document emoționant, scrisoarea de recunoștință a unui bolnav: „Dragul și bunul meu doctor, am știut că sînteți un „mincinos" abil. M-ați mințit patru ani (...), vă mulțumesc din toată inima mea". Urmează, în continuare referirea la înțelegerea „adevărului" și revolta: „de ce trebuie să se zdrobească toate speranțele în vindecare, chiar dacă sînt iluzorii?" (cf. D. Drobnjak, 1979).

Sînt și cazuri cînd diagnosticul trebuie, dimpotrivă, „îngroșat", dramatizat. Atunci cînd este nevoie să convingi pe un pacient refractar (alcoolicii și fumătorii cu deosebire) să accepte disciplina programului terapeutic. Clinica Chirurgicală Mayo din Rochester afișase cu mult înainte acest dicton: „vă puteți păstra picioarele sau țigările, dumneavoastră decideți!".

Comunicarea medic-bolnav este dinamică, suferă schimbări în timp. Cota de adevăr care vehiculează poate varia. Încrederea nu poate să lipsească. Cunoscîndu-se mai bine unul pe altul, bolnavul învață mai bine cît să ceară iar medicul cît să împărtășească despre boală. Rețete infailibile nu există. Doar dorința de ajutorare. Aceasta presupune fără nici o excepție: a da totdeauna bolnavului o șansă!

MEDICINA ȘI DREPTUL LA O MOARTE OMENEASCĂ

Dacă boala este privită ca un accident ce survine în cursul vieții, moartea constituie în sine, ca însăși viața, un fenomen natural. Astfel înțeleasă, omul o acceptă drept eveniment previzibil, nu rareori dorit și așteptat, cu o programare tîrzie. Calendarul acesteia s-a ameliorat mereu cu gradul de civilizație. Speranța de viață este în creștere. De multe ori însă, moartea rezultă din boală. Medicina este confruntată atît cu moartea propriu-zis naturală, de la vîrsta patriarhală, cît mai ales cu cea patologică, produsă de boală (și ea, de fapt, tot „naturală", dar altfel, absurd, nedorit). În acest ultim caz moartea apare drept secvență finală în procesul dinamic al bolii. Ea însăși se desfășoară de regulă în etape succesive, ca o dramă cu mai multe acte. Desfășurarea are loc, prea adesea, cu încetinitorul. Doar puținele cazuri de moarte subită satisfac imaginea idilică și visată a „clipei morții".

Luptînd pentru viață, medicina este chemată să lupte cu moartea. Și de multe ori reușește. Alteori însă, bătălia este pierdută. O imputare? O altă dezamăgire! În ciuda progreselor extraordinare în conservarea sănătății, de care ne bucurăm astăzi, iată, se mai poate încă muri de la cele mai mici vîrste, mult anticipat față de momentul solemn al senectuții, cînd ciclul vital se încheie de la sine. Alinarea suferinței constituie datoria princeps a medicinii. Care este însă atitudinea ei față de moarte? Cînd trebuie s-o acceptăm? Iar dacă nu reușim s-o înfrîngem, ci doar să-i prelungim desfășurarea și eventual s-o amînăm, ne putem asuma perpetuarea agoniei?

Medicul, în tot ce întreprinde, prin toate strategiile sale, se situează constant — la această limită fatală, — pe versantul vieții. Tratamentul urmărește pe cît se

poate, refacerea sănătății și, implicit, redarea vieții: „reanimare", „resuscitare", sînt termeni tehnici care echivalează metaforic cu o veritabilă înviere. Chiar atunci tînd este vorba de terapia aplicată unui muribund, nu urmărim un „tratament al morții". Cuvîntul „tanatoterapie" vrea să înglobeze măsurile de asistență medicală a bolnavului ajuns în această etapă terminală (deși etimologic, exprimă mai exact „terapia prin moarte", modelul semantic fiind același cu farmacoterapie, fizioterapie etc.).

Medicina contemporană cunoaște o resuscitare spectaculoasă a problemei morții, generată de criza de demnitate a omului modern, dar mai ales de resursele tehnice noi de care dispune, resurse care au deplasat pînă la absurd granița dintre viață și moarte. Tanatologia cunoaște de aceea o hipertrofie considerabilă în toate planurile gîndirii și acțiunii umaniste de astăzi. Filosofii, moraliștii, juriștii, clericii, biologii, medicii în primul tînd, lumea întreagă au reluat și au dezvoltat conceptul, au impus revizuirea conduitei practice, magnetizați de mirajul și amenințarea ce s-au ivit.

Medicul antichității adoptase — conștient de neputința sa, dar sigur, și sub influență religioasă — o atitudine de înțeleaptă resemnare în fața morții. Lupta cu zeii, cu destinul, se declara pierdută, iar bolnavul ajuns în fază terminală, era lăsat să moară. Cartea „Despre Artă" din Corpul hipocratic conține următoarea teză: „Voi preciza ce înțeleg eu că este medicina. În termeni generali, înseamnă să alunge suferința bolnavului, să reducă violența bolii sale și să refuze să îngrijească pe cei subjugați de boala lor, înțelegînd că în astfel de cazuri medicina este fără putere". În text se întîlnește și o argumentare: „Sînt unii care blamează medicina din cauză că refuză să-și asume obligații pentru cazurile disperate... Dacă un om cere de la o artă o putere care să întreacă pe cea a naturii, ignoranța sa ține mai mult de nebunie decît de lipsa de cunoștințe". Această părăsire „în voia naturii" a bolnavului muribund caracteriza hipocratismul, care urmărea mai mult activarea forțelor sanogenetice naturale. Doctrina interzicea, sub jurămînt, suprimarea vieții cu ajutorul vreunui drog.

Refuzul de „medicalizare" a morții (care se apreciază că a devenit dimpotrivă, excesivă, în epoca noastră) era

impus de posibilitățile foarte modeste ale medicinii antice. Contribuția ei cea mai prețuită, și probabil cea mai utilă, era psihoterapia. Aceasta era predată de la un punct preotului, care urma să asigure „trecerea dincolo" cu securitatea pe care o pretindea concepția dualistă, despre trup-spirit.

Evul mediu a continuat această tradiție, introducînd și noțiunea de sacralitate a vieții, de sorginte creștină. Educația medicilor în spiritul abstenționist și fatalist al vechii medicini și altoirea dogmei religioase, au făcut ca muribunzii să fie lăsați pe seama preoților și călugărilor. Oricum, moartea unui bolnav îngrijit de un anumit medic rămînea o blamare nedorită și, desigur, efectul său psihosocial îndemna la dezertarea practicienilor medici. De altfel, o viață consumată sub obsesia lui *„memento mori"* nu putea pretinde strădanii deosebite pentru a mai fi prelungită, mai ales cînd era vorba și de suferințe chinuitoare sau cînd bolnavul devenea un balast pentru cei din jur. Medicul ceda din prudență. prerogativele sale omologului său spiritual. Un cod al breslei, din sec. IX—XV, recomanda: „nimeni nu trebuie să se preocupe în mod conștient de oricine e gata să moară sau e incurabil". O altă recomandare, „Către un tînăr medic" (De Sorbière, sec. XVII), prevedea: „A da un elixir pentru a trezi pe oameni dintr-o letargie adîncă, pentru a-i ajuta să se pregătească de moarte, aducîndu-i în condiții de a se putea gîndi la salvare" (e vorba de salvarea sufletului!). Mai tîrziu, pe la 1893 (Henri de Mondeville), s-a spus: „medicul trebuie să refuze, pe cît posibil, toate cazurile periculoase și niciodată nu trebuie să accepte pe bolnavii disperați".

În toată această lungă perioadă, moartea se desfășura deci „în condiții naturale", fără o intervenție decisivă. Ea devenea un spectacol la care participau toți cei apropiați, prezența la expiere, la „ultima suflare", avînd o semnificație simbolică aparte și fiind o datorie de preț. Înțelegem dimensiunile acelei *„Ars (bene) moriendi"* pe care o concepuseră filosofii antichității și care devenea o probă de tărie spirituală și demnitate.

Cu modificarea concepției despre lume și viață, medicina își schimbă însă poziția și rolul său începe să se facă simțit în legătură cu actul morții. „Etica medicală"

a lui Percival (1803) recomandă ca medicul să nu abandoneze pe bolnavul în fază terminală: el „trebuie să fie mesagerul speranței și al confortului; prin compasiune caldă, reînsuflețește viața care expiră și contrabalansează influența depresivă a bolii". Medicul este îndemnat de acum să se implice în asistența muribundului, dar cu delicatețe și cu măsură.

Secolul XIX a lărgit progresiv perspectivele asistenței muribundului, prin toate mutațiile sale. O ediție din 1861 a unei cărți mai vechi, o *„Ars moriendi"* din sec. XVII, lamentează faptul că medicul și avocatul sînt trimiși cînd un om ajunge pe moarte, dar că „medicul rămîne dincolo de ușă". El va primi însă poziția centrală în scena morții, care se menține și astăzi. Pe la mijlocul secolului trecut a apărut și ideea unui așezămînt pentru asistența bolnavilor pe moarte, care s-a deschis la Dublin, sub patronajul călugărițelor „Surorile irlandeze de caritate", conduse de Mary Aikenhead. În această epocă, suprapopularea marilor orașe, mizeria și ignoranța ofereau condiții cu totul nepotrivite asistării bolnavilor în agonie. Ei mureau de multe ori pe stradă, în indiferența generală. Noii instituții i s-a dat denumirea de „hospice", în sensul medieval al unui loc de odihnă pentru pelerinii care mergeau spre Locurile sfinte. Același ordin va deschide lîngă Londra, la Hacknei, un al doilea așezămînt, care va fi reamenajat după cel de-al doilea război mondial și structurat ca un model de instituție medicală pentru moartea asistată.

Unități de acest tip au apărut ulterior în mai multe țări. S-a criticat însă înființarea unor astfel de „antecamere ale morții", „azile pentru muribunzi", deoarece solicitarea lor echivalează cu o condamnare. Să avem în vedere și faptul că acceptarea morții se face de multe ori greu, după o luptă susținută de terapie intensivă, care presupune o echipă și o dotare corespunzătoare, de vîrf. Prognosticul letal nu poate fi totdeauna făcut, se greșește adesea, fie prin optimism, fie prin pesimism. Unde să se moară? Umanizarea morții înseamnă moarte asistată. O moarte scutită de suferință, controlată în desfășurarea ei. Umanismul înseamnă grija pentru om în toate etapele vieții sale, inclusiv în cea terminală. Întrucît momentul păstrează însă o semnificație emoțională și

simbolică deosebită, atmosfera de familie este preferată de mulți. În ansamblu, cu creșterea nivelului general de cultură, cu înțelegerea rolului științei, al medicinii, cota deceselor în spital a crescut tot mai mult. Sînt mai puțini cei care își cer „acasă" pe cineva, apropiat, la care prognosticul infaust este neîndoielnic. La fel cei care evită să solicite serviciile medicale, atunci cînd survine „o criză amenințătoare" la cineva din casă. Voința proprie este cu totul rareori pusă să se manifeste în asemenea condiții și, desigur, atunci ea va decide. Instituționalizarea morții, medicalizarea ei, devine de aceea un indice al gradului de civilizație. Spitalizarea asigură o asistență continuu activă, a bolii și morții, oferind — tehnic și organizatoric — condițiile necesare fiecărui moment, inclusiv secțiile și saloanele de izolare, dotate cu posibilități de terapie intensivă.

Aici începe însă problema greu de rezolvat: pînă cînd se vor prelungi acțiunile de menținere a vieții? A vorbi astăzi despre „viața cu orice preț" este anacronic, pentru că o anume viață, cea vegetativă, poate fi de fapt prelungită artificial pe termene uneori nelimitate. Probleme de mare răspundere se ridică. Din nou, în lupta controverselor, au intrat acum filosofi, juriști, moraliști. S-a impus o redefinire a vieții umane și o redefinire a morții. Au fost propuse multiple criterii de diferențiere pentru a se reduce și, dacă se poate, suprima orice greșeală. Și totuși . . .

Problema părea de tot simplă mai înainte. Moartea începea atunci cînd dispărea pulsul, zgomotele cardiace, și respirația, apneea fiind eventual — după tradiție — verificată și prin „proba oglinzii". Dar aceasta este de fapt numai „moartea clinică", o moarte aparentă, care poate fi reversibilă în mod spontan. Interpretării greșite a ei drept moarte definitivă s-au datorat multe înmormîntări „de viu", unele înregistrate de istoria medicinii legale. La sfîrșitul secolului XIX, Ouseley comunica o serie de 27.000 de cazuri recoltate din Anglia și Țara Galilor. În timpul Comunei din Paris, una din zece persoane îngropate ar fi fost în viață, după poziția constatată cu ocazia recondiționării sicrielor. În Franța, ar fi fost îngropați vii mai multe mii de soldați americani în cursul ultimului război mondial, după observațiile făcute

cu prilejul exhumării pentru readucerea în țară. În Italia ar fi semnalate anual aproape patruzeci cazuri de moarte aparentă (cf. R. Rîmniceanu, 1983).

Redefinirea morții a devenit mai imperioasă în momentul cînd a apărut nevoia prelevării de organe în vederea transplantării, acțiune care — evident — ar deveni criminală, dacă ar avea loc la o ființă vie sau viabilă. Declarația de la Sydney a Asociației Medicale Mondiale, din 7 august 1968 statuează că „moartea este un proces gradual la nivel celular cu țesuturi care diferă în capacitatea lor de a supraviețui la lipsa de oxigen". Se subliniază că este important să se certifice că procesul a devenit ireversibil, indiferent de tehnicile de reanimare utilizate. Această condiție trebuie bazată pe „o apreciere clinică, suplimentată dacă este necesar prin anumite explorări, printre care electroencefalografia este obișnuit cea mai utilă". Se mai precizează că, totuși, în prezent nu este pe deplin satisfăcător un singur criteriu tehnologic.

Clinic, moartea se prezintă ca un proces în mai multe etape. Moartea creierului este moartea ființei umane; fără funcție corticală, fără viață psihică, aceasta își pierde statutul său specific. Bolnavul se prezintă ca un comatos ireversibil, cu lipsa oricărei sensibilități față de stimulii externi, a oricărei mișcări spontane și a oricărui reflex, cu pupilele fixe, dilatate și areactive la lumină. Electroencefalograma este izoelectrică, plată, fără unde de activitate. Se cere ca aceste caracteristici să se mențină peste 24 de ore. Cu aceste criterii multiple, pe un grup de peste 3000 bolnavi, nu a fost înregistrat nici un caz de comă reversibilă (Beecher și colab., 1968). De la această definire, au fost însă înregistrate mai multe cazuri de excepție, cu revenirea vieții după intervale de zile și chiar săptămîni în care EEG se menținuse plată. Un exemplu cu rezonanță deosebită a fost cel al marelui fizician sovietic Landau, victimă a unui accident de circulație, care — avînd aspect de comă depășită cu traseu electric plat — a fost menținut în viață timp de 44 zile prin condiții artificiale. Își revine însă după acest interval, pentru a se bucura la 6 luni de decernarea premiului Nobel (1962). Moartea cerebrală survine, se știe, mai precoce decît cea a altor organe, în general după trei

minute de lipsă de oxigen. Funcțiile vegetative pot fi menținute în condiții de reanimare, adică de respirație asistată și perfuzie de lichide saline și glucozate, cu menținerea presiunii arteriale prin medicație vasotropă. Activitatea electrică a inimii este prezentă în aceste condiții artificiale. Suprimarea acestor intervenții complexe, considerate „proceduri excepționale", atrage rapid prăbușirea tensională și încetarea bătăilor cordului. Se produce „moartea vegetativă", „definitivă", „ireversibilă".

Întrebarea care se ridică cu multă acuitate și responsabilitate: a trata sau a nu trata? De decizia luată depinde dacă bolnavul își va reveni sau va muri cu adevărat (în cazul că situația are potențial de reversibilitate), și tot astfel, dacă viața prelungită se dovedește pînă la urmă a fi doar o viață vegetativă, neumană (atunci cînd leziunile neocortexului sînt de fapt severe și ireversibile). Cum să decizi? Obligația și competența de a decide dacă se recurge sau, respectiv, dacă se prelungesc măsurile de întreținere artificială a vieții, revine obișnuit medicului, mai exact echipei care acordă asistența într-un serviciu de terapie intensivă. Și totuși, s-au înregistrat cazuri în care, la plîngerea familiei, instanța judecătorească și-a asumat dreptul de a decide: „încetați perfuziile și respirația artificială!" Sau altădată, dimpotrivă, „de ce ați întrerupt terapia de reanimare?".

La limita dintre viață și moarte, discuțiile pot fi contradictorii. Controversele sînt în prezent în plin apogeu și fiecare situație nouă devine un alt subiect de meditație. Deși tendința de standardizare, reglementare, juridicizare etc. se manifestă tot mai puternic, responsabilitatea medicului este tot mai mult solicitată. În ciuda principiilor enunțate, decizia concretă nu poate fi luată decît în funcție de circumstanțele concrete.

Voința bolnavului își are și ea locul, inevitabil. Pe alocuri s-a legiferat „voința în cursul vieții", un document scris, care atestă dacă subiectul vrea sau nu să beneficieze de posibilitățile tehnologiei medicale moderne de menținere artificială în viață. Iată, un extras din „Legea asupra morții naturale" din statul California, în vigoare de la 1 ianuarie 1977. „Articolul 7186. Corpul legislativ apreciază că tehnologia medicală modernă a făcut posibilă prelungirea artificială a vieții omenești peste

limitele naturale. Corpul legislativ apreciază că această prelungire a vieții pentru persoanele atinse de o boală fatală poate atrage o pierdere a demnității bolnavului, rele și suferințe inutile și dificultăți neobișnuite pe planul afectiv și financiar pentru familia bolnavului, fără ca aceasta să fie din punct de vedere medical necesară sau benefică bolnavului". La art. 7188 se prevede: „Orice persoană adultă poate stabili o directivă care să prevadă a fi evitată sau suprimată utilizarea procedeelor de menținere a vieții în cazul unei boli fatale (...) Subsemnatul..., fiind psihic sănătos, în plinătatea cunoștinței și a voinței, îmi fac cunoscută dorința mea ca viața să nu-mi fie prelungită în mod artificial în circumstanțele expuse alăturat...". De fapt nu e vorba decît de o formă legală de eutanasie pasivă, de moarte acceptată în limitele unei asistențe obișnuite, deși poate că moartea ar putea fi amînată (de ce nu, evitată, în situațiile în care prognosticul este ambiguu) dacă s-ar recurge la mijloacele „de excepție".

Cum se face însă distincția între aceste două categorii? Ființa umană vie cere respectul nostru, indiferent de condiția în care se găsește. Incapacitatea sa de a se autoîntreține ne obligă de la sine să oferim ajutorul nostru. Un bolnav comatos va muri inevitabil dacă va fi privat de aportul necesar de fluide, săruri minerale, glucoză și de orice alt mijloc de întreținere a funcțiilor vitale. S-a făcut analogie cu oferta de apă de băut către un om însetat, cald simbol de interasistență umană elementară. Și muribundul are nevoie de un standard minimal pentru susținerea vieții, chiar dacă nu se acționează, sau nu se poate, asupra bolii de bază, responsabilă de degradarea sa. Perfuziile intravenoase sînt, în acest sens, doar paliative, ele mențin un confort vital și exclud posibilitatea ca bolnavul să moară din cauza abandonării sale. Desigur, agonia va fi prelungită în acest fel. Uneori pe seama bolnavului, dacă mai păstrează sensibilitatea sau are perioade de revenire. Totdeauna, pe seama aparținătorilor apropiați. Oricum, prelungirea nu poate fi prea mare dacă se rămîne la acest cadru obișnuit, tradițional, „rezonabil". În aceeași categorie ar putea fi inclusă și oxigenoterapia prelungită.

Dincolo de toate acestea începe drama medicinii de astăzi. În S.U.A. a fost modelat teoretic un experiment de atitudine; cazul unui bolnav care întrunește următoarele condiții: 1) boală incurabilă avansată (cancer diseminat); 2) alterarea rapidă a stării clinice; 3) imposibilitatea de a se controla durerea fără prejudicii serioase; 4) stop cardiac cu reluare după intervenția de resuscitare; 5) acordul familiei în acceptarea decesului. Toate datele edificatoare au fost difuzate la 218 medici. Au rămas la anchetă 103. Majoritatea au fost pentru continuarea perfuziilor intravenoase periferice, în cantități necesare menținerii echilibrului. Majoritatea au fost contra menținerii perfuziilor după o comă profundă de trei zile, fără semne de revenire. Majoritatea au fost contra cateterismului venos central în eventualitatea că perfuziile obișnuite eșuează (K. C. Micetich și colab., 1983). De reținut că a existat de fiecare dată și o minoritate de opinie contrarie, că nici o opțiune nu a realizat unanimitatea. Circa 1/4 au fost împotriva perfuziilor după riscul cardiac major înregistrat.

La noi, Legea nr. 3 privind asigurarea sănătății populației (1978) prevede, ca obligații ale medicului, la art. 71: să evite orice atitudine care poate influența negativ evoluția bolii; să acorde primul ajutor și să acorde asistență medicală bolnavului pînă la dispariția stării de pericol pentru sănătatea sau viața acestuia. Unul din puținele studii asupra problemei, din țara noastră (I. Acalovschi și colab., 1979), reflectînd conduita unui serviciu de terapie intensivă unde „se moare" adesea, analizează problemele etice ridicate de bolnavii limită, probleme care nu pot fi stipulate sau soluționate prin reglementări juridice. Întrebările care solicită pentru fiecare caz în care răspunsul sînt numeroase. Este justificat tratamentul intensiv „maxim" pentru toți pacienții? Poate fi acceptabil „să lași" un bolnav să sucombe? Cine este împuternicit să ia o astfel de decizie? În cazul unor resurse limitate, cum trebuie distribuit tratamentul intensiv? Umanitate, umanism, înțelegere sînt de fapt concepte abstracte. La modul concret ce trebuie să decizi în lumina lor?

Se poate spune: asiști cu toate resursele bolnavii „recuperabili" și-i lași cu măsuri minimale, de confort, pe

cei „nerecuperabili". Dar oare poți totdeauna opera cu această distincție? Cu siguranță, nu, erorile sînt multe și de multe ori doar retrospectiv identificate. Din miile de cazuri susținute cu optimism, majoritatea se pierd. Și invers, mulți s-ar pierde dacă ar fi părăsiți într-un moment de descurajare (a medicului sau — lucru de mare însemnătate! — a aparținătorilor apropiați, care nu mai rezistă și dezertează). Se mai poate spune: să ții seamă de calitatea vieții! Aceasta înseamnă prioritate pentru copii și tineri, pentru cei netarați prin alte boli asociate, dar totodată, înseamnă înlesnirea abandonării bătrînilor și a celor cu alte boli cronice, premergătoare celei care acum amenință cu moartea. Dar șansa lor de viață? Propunerea savantului Crick de a nu se mai prescrie medicamente la bolnavii care depășesc 80 de ani n-a fost și nu va putea fi acceptată, „raționalizarea" pe care vrea s-o introducă fiind evident neumană. Se poate spune: viața omenească nu are preț! Există însă o replică, de acum veche: dar, sănătatea are un buget! Iată dar criteriul economic, care nu poate fi deloc minimalizat.

Să analizăm. Procedeele extraordinare de menținere în viață ar putea fi: traheostomia, respirația asistată prin aparate automate, (plămîn artificial), pace-maker cardiac pentru controlul funcției contractile, inimă artificială, dializă extrarenală, ficat artificial, transplante de organe etc. etc. Costul bănesc poate deveni într-adevăr o problemă imposibilă. S-a spus că nici o țară din lume, oricît de bogată, n-ar putea întreține în viață prin dializă cronică pe toți renalii revindecabili pe care îi are. S-a calculat că investirea resurselor maxime pentru asistarea și menținerea în viață a tuturor, fără discriminare, ar face ca o treime din populație să muncească spre a îngriji pe celelalte două treimi. Perspectivă absurdă. Fără a discuta aspectele financiare proprii, care ruinează familia (2000 dolari pe zi costă în mare o astfel de asistență terminală, acolo unde se folosește nota de plată). Fără a neglija că multe medicamente sînt disponibile, peste tot, în cantități limitate, că aparatura cea mai sofisticată are o anumită capacitate dată de funcționare, că există deci limite materiale care frîng un elan prea entuziast.

Stăpînit de respectul său pentru viață, inoculat de la primii pași în formarea profesională, medicul a căutat să valorifice tot ce tehnica i-a oferit pentru menținerea vieții. Dar el însuși a împins mai departe tehnica. Pînă unde? Și cui i-a folosit? A trebuit ca decizia unei instanțe judecătorești să decidă că un anume pacient trebuie să moară: Karen Ann Quinlan, o fată de 21 ani care a vrut să se sinucidă după dispariția prietenului său, a devenit „un caz" (New Jersey, 1976), pentru că spitalul refuza să suspende procedurile de menținere în viață (o viață vegetativă, prelungită). La cererea familiei, spitalul a fost obligat prin hotărîre juridică să accepte propunerea, motivată — s-a invocat prin dorința exprimată în viață de fată: „Nu vreau să trăiesc cu ajutorul unor mijloace tehnice extraordinare". Situații de același gen s-au repetat ulterior în lume. Iată dar, s-a legalizat „dreptul de a muri",ignorarea lui însemnînd o „condamnare la viață". Cui îi revine acordarea și refuzul acestui drept? Nimeni nu s-ar putea gîndi la invocarea competenței juridice pentru fiecare moarte care se anunță. Le rămîne medicilor răspunderea deciziei, sub aspectul moral și profesional. Îi revine familiei, ca reprezentant legal al bolnavului „incompetent", incapabil de a-și exprima voința, sub aspectul juridic. Consimțămîntul acesteia, acordul cu decizia medicală, este juridic obligatoriu.

Poate medicul să acționeze însă împotriva voinței exprimate a bolnavului sau a familiei? Justiția l-a putut încrimina pentru asta și totuși, datoria lui este să facă tot ceea ce crede mai bun, în interesul bolnavului. Nu cunoaștem atîtea cazuri de sinucideri ratate (deci voință de a muri manifestată) care sînt ulterior regretate? De multe ori bolnavul refuză tratamentul nu din dorința de a muri, ci din teama de prelungire a unei boli chinuitoare. Aparținătorii pot avea și ei momente de depresiune, de epuizare. Curajul și energia pot fi depășite, eroismul le poate lipsi. Cînd șeful unui spital a făcut indicații restrictive, „Orders not to resuscitate", s-a produs o viguroasă reacție în lumea medicală. S-a mai propus ca la bolnavi cu deces iminent, previzibil pentru următoarele două săptămîni, să nu se administreze antibiotice, să nu se facă o defibrilare cardiacă, să nu se dea alte medi-

camente active. Dar care medic, în practică, își poate permite să încrucișeze brațele și să se abțină de a mai încerca ceva?

„A muri cu demnitate" a devenit un imperativ recunoscut al timpului. El nu trebuie însă trivializat și descins neapărat în subsolul personalității umane, în vegetativ, în inconștient. Viața privată de activitate psihică pentru totdeauna încetează de a mai fi autentic umană. Un organism lipsit de creier, ale cărui funcții, inclusiv cea cardiacă, ar fi menținute artificial prin diferite procedee, ar fi mai puțin decît un robot: un simplu automat macabru ... (Hilaire Cuny). Aceste „cadavre biologice" supraviețuiesc — dulce amînare! — zile în șir și chiar luni întregi, se exprimă M. Stoian (1970). Devine absurd să se forțeze barierele imposibilului, ajungîndu-se la extreme excesive cu bolnavul care a ajuns în cursul decesului (în jurul patului de moarte al Generalului Franco, în noiembrie 1975, se găseau 30 consultanți).

Medicina modernă a realizat extrem de mult și pentru viața omului și pentru sfîrșitul ei. A cunoscut însă un moment de ispită: prelungirea artificială „cu orice preț", a vieții. Și a greșit, pentru că în febrilitatea și entuziasmul demersului său a pierdut din vedere omul și s-a trezit în brațe cu o biată ființă decerebrată, condamnată să-și prelungească la infinit viața vegetativă. O cultură de celule vii care nu mai reușesc să refacă personalitatea umană. Medicina și-a redobîndit stăpînirea de sine, o dată cu înțelegerea noilor sale limite, chiar dacă a rămas dezamăgită.

A mai existat o fascinație: amînarea termenului morții prin crioconservare, în cazul unor bolnavi încă vii, dar condamnați. Speranța s-a transferat pentru un viitor posibil, cînd noi performanțe ar vindeca bolile incurabile astăzi, sau cînd bătrînețea însăși ar putea fi evitată. Și aceasta, o altă lecție amară, care ne-a învățat să ne regăsim modestia.

Omul este demn nu numai de o viață omenească, ci și de o moarte omenească. Acest deziderat rămîne cel care ne conduce în tot ce facem și ce visăm.

EUTANASIA CA PROVOCARE

Omul a crescut în respectul față de viață. Pentru populațiile primitive, dar și pentru cele mai sofisticate, de astăzi, acest respect s-a circumscris însă numai la sfera lor intrinsecă și a încetat în raport cu grupările „adverse". În luptă, moartea a fost și legală și morală. S-a mai inventat moartea ca penitență, execuția. Dar ea a apărut și ca necesitate de viață pentru grup, în condiții extreme, cînd resursele de care se dispunea obligau la suprimarea (sau autosuprimarea deliberată) a celor handicapați, deveniți o povară care nu putea fi purtată.

Ideea unei astfel de morți „dirijate" o găsim de exemplu la eschimoșii americani, care se lăsau să moară atunci cînd deveneau incapabili să mai participe la procurarea hranei, în acele condiții vitrege ale Nordului. Triburile germanice barbare îngropau de vii pe bătrînii neputincioși. Dar chiar și în climatul mediteranean, la Sparta și la Roma (Stînca Tarpeiană) erau uciși nou născuții cu anomalii grave. Platon va scrie în „Republica": „Fiecare cetățean are o datorie de împlinit într-un stat bine condus; nimeni nu are dreptul să-și petreacă viața în boli și tratamente. Vei stabili, o, Glaucon, în stat, o disciplină și o jurisprudență așa cum o înțelegem noi, limitîndu-se să dea îngrijiri cetățenilor bine formați la trup și suflet. În ce-i privește pe aceia care nu sînt sănătoși trupește, să fie lăsați să moară". Filosoful tempera agresivitatea din timpurile mai vechi, dar păstra în esență ideea.

În India au fost semnalate locuri în care bolnavii incurabili erau aruncați în Gange, după ce rudele le umpleau nasul și gura cu „mîl sfînt". În Birmania, astfel de bolnavi se considerau obligați să se spînzure singuri. S-a comentat că toate aceste deprinderi nu erau decît „o

chestiune de stomac" (E. Forgue). Erau impuse de cerințele subzistenței.

Intervenția statului o vom găsi peste secole în Germania hitleristă, unde a fost legiferată uciderea sistematică a bolnavilor psihici și handicapați. Ministerul de interne a creat trei organisme însărcinate cu exterminarea. Bolnavii erau selectați de către comisii de experți și erau adunați din ospicii într-un spital de triaj, de unde se dirijau spre „centrele de eutanasie" stabilite pe teritorii. Decesul era apoi motivat familiei prin cauze plauzibile inventate. Reacția puternică generată de acest prolog al genocidului nazist a impus suspendarea legii, după ce fuseseră executate cca 75.000 persoane. Monseniorul Von Galen, episcop de Münster, care va fi curînd arestat, comenta: „Acești bieți bolnavi trebuie să moară din cauză că au devenit nedemni să trăiască după verdictul cutărui medic sau expertiza cutărei comisii... Cine oare va mai putea avea de acum înainte încredere în medic?".

Cuvîntul „eutanasie" a fost formulat de F. Bacon (secolul XVII), care îi acorda însă, corespunzător formației sale, un sens filosofic. El se referea la „moarte bună, liniștită, fericită" (în limba greacă, *eu* = bun, armonios, *thanatos* = moarte) care poate fi obținută prin meditație: „omul este incapabil să se bucure în chip sănătos de viață, dacă nu are idei senine despre moarte" (cf. A. Athanasiu, 1983). Conceptul a fost aplicat în mod arbitrar de nazism, care i-a dat un nou sens, politic, utilizîndu-l în cadrul concepției sale eugenice.

Medicina a fost confruntată cu ispita morții dintr-un punct de vedere omenesc, filantropic: suprimarea unor chinuri inutile, pentru suferinzii condamnați prin boala lor la moarte. Provocarea „loviturii de grație" a fost puternică. Este probabil motivul pentru care Jurămîntul hipocratic cuprindea această interdicție: „Nu voi încredința nimănui otrăvuri, dacă-mi cere, și nici nu voi îndemna la așa ceva". Medicul era deci obligat să nu sprijine nici măcar sinuciderea. Legămîntul profesional adoptat de Asociația Medicală Mondială (Geneva, 1948) în vederea prestării lui de absolvenții facultăților de medicină cuprinde la rîndul său: „Voi avea respectul absolut față de viața omenească, încă de la concepție". Me-

dicii au fost dar educați dintotdeauna în respectul față de viața omenească și toată străduința lor a fost și rămîne salvgardarea ei. Religia vorbește și ea despre „sanctitatea" vieții. Albert Schweitzer vorbea despre „evlavia față de viață". Într-un înțeles nereligios, se folosește obișnuit expresia de „sacralitate a vieții".

Și totuși, au apărut îndoielile: dar ce fel de viață? pînă la ce punct anume, pînă la ce nivel, sîntem îndreptățiți să considerăm o viață drept omenească? moartea nu constituie și ea în anumite situații o eliberare?

Medicii au căutat să se mențină fermi pe poziția lor. Au refuzat să întindă mîna, atunci cînd un bolnav torturat de dureri sau familia îi cereau insistent: „doctore, fă te rog ceva, nu se poate trăi așa!". Medicii au rezistat ispitei. Au respins provocarea, mulțumindu-se să aline cu ceea ce le era la îndemînă suferința manifestă. Iar acest „ceva" a devenit tot mai consistent pe măsura progresului științific. Să numim în primul rînd opiul, chiar dacă au fost destui bolnavii care au devenit dependenți de el și depersonalizați prin dozele tot mai mari la care trebuie să se recurgă. Medicul lui Napoleon a avut tăria să refuze împăratului un „medicament fatal", pentru a dispune de el în cazul unui pericol de a fi luat prizonier, după cum i-a respins și cererea de a ucide pe ciumații din Jaffa, care nu puteau fi transportați. Marele John Keats, muribund cu tuberculoză, nu l-a putut convinge pe medicul său să-i administreze o doză mare de Laudanum. Berlioz se plîngea că „după șase luni de suferință oribilă, nici un doctor nu s-a găsit care să aibă umanitatea de a pune cap martiriului său, făcînd pe sora mea să inhaleze o sticlă de cloroform".

În Anglia începe însă să germineze și un alt mod de a privi raportul dintre viață și moarte, pentru marii suferinzi. Să nu uităm că tot aici apăruse la 1516 Utopia lui Thomas Morus, care reglementa sinuciderea bolnavilor incurabili, cu dureri mari, dar numai cu avizul autorității. Ne găsim, doar, într-o republică ideală, umanistă. Și iată, la Londra, apare în 1880 cartea lui W. Munk; „Euthanasia or Medical Treatment in Aid of an Early Death", o abordare a posibilei intruziuni a deciziei medicale în precipitarea unei morți inevitabile. Opiniile exprimate aici erau în general aprobate de medici

dar se opuneau fățiș legislației care eticheta drept omucidere orice gest care putea favoriza suprimarea vieții. Termenul baconian de „eutanasie" este folosit în medicina din secolul trecut, în sensul provocării morții printr-o intervenție activă. Se puteau întîlni pe atunci opinii ca aceasta: „trebuie să fie cel mai mare triumf al medicului de a satisface dorința unui semen al său muribund prin efectuarea eutanasiei". Accepțiunea cea mai răspîndită pe la 1889 este totuși astfel formulată de noul Hipocrate englez, Osler: „dacă o viață merită să fie trăită, atunci și sfîrșitul ei merită", de unde îndemnul la asistare pînă la urmă.

La începutul deceniului al III-lea din secolul nostru, a fost creată în Anglia o Societate pentru eutanasie, al cărui președinte era marele chirurg Moynihan. Aceasta a supus un proiect de lege pentru admiterea eutanasiei dar Camera Lorzilor l-a respins, în 1936. Tentativa repetată în 1950 a avut aceeași soartă. În S.U.A., pe la sfîrșitul anilor '30, un chestionar adresat medicilor din New York întrunea o proporție de 80% în favoarea eutanasiei. La fel și un chestionar identic, adresat clericilor protestanți. Institutul Gallup a realizat în 1939 un sondaj în rîndurile populației americane, obținînd în 46% acordul pentru legalizarea eutanasiei. Un sondaj de opinie similar, din Anglia, întrunește 68% din sufragii. Este interesant că viziunea a suferit importante modificări în timp. Astfel, dacă în 1950 doar 36% din cei anchetați în S.U.A. admiteau ca medicii să fie autorizați de a pune capăt unei existențe chinuite, printr-un procedeu nedureros, cota a crescut la 53% în 1973. Aici s-a făcut și propunerea ca legalitatea eutanasiei să fie recunoscută numai dacă se bazează pe un consimțămînt voluntar al bolnavului. În Suedia, Ordinul Medicilor a autorizat în 1964 scurtarea vieții bolnavilor incurabili.

Problema eutanasiei a devenit în ultima parte a secolului nostru tot mai controversată și prin intervenția altor două elemente. După război asistăm la o exacerbare a luptei pentru Drepturile omului și în virtutea Chartei în vigoare, omul își revendică în tot mai mare măsură dreptul de a decide în problemele care îl vizează. Dreptul la viață se cere completat, pentru situații speciale, cu dreptul la moarte. De altă parte, performanțele

tehnico-științifice actuale permit prelungirea morții, a agoniei, a suferinței terminale. Se vorbește despre prelungirea artificială a vieții dar aceasta devine totodată o prelungire a morții însăși. Apar dar două criterii esențiale în sistematica eutanasiei. După criteriul voinței personale, se distinge eutanasia voluntară (dorită, conștientă) și cea involuntară (inconștientă, impusă). După criteriul acțiunii medicului, se distinge eutanasia activă (provocată printr-un mijloc tanatogen: soporifice, anestezice, supradozări medicamentoase, injecții intravenoase de aer) și pasivă („a lăsa să moară").

Eutanasia activă rămîne în prezent peste tot în lume și din toate punctele de vedere (medical, moral, juridic, filosofic) condamnată. Ea este încă privită drept crimă premeditată. Presa a făcut mult zgomot în jurul unor cazuri cînd medicul „a dat ceva" sau „a făcut ceva", la cererea familiei torturate de suferința agonică a unei ființe iubite. S-a vorbit, în acest sens, de „omorul din milă". Un anume dr. Hermann Sander, de 41 ani, a fost acuzat în 1950 că „ar fi ucis prin injectare de aer în vasele sangvine o femeie bolnavă de cancer, urmărind prin aceasta să pună capăt suferințelor ei, în momentul în care boala ajunsese într-un stadiu incurabil" (cf. M. Jakta, 1969). Aprecierea doctorului: „pacienta a murit ușor". Instanța îl achită. În apărare s-a invocat însă și teza că în momentul administrării injecției, bolnava n-ar mai fi fost în viață. Expertiza anatomo-patologică a apreciat că de fapt venele erau trombozate iar injectarea aerului s-a făcut paravenos. Sentința a fost primită cu aplauze, pe stradă au avut loc manifestări de simpatie și „s-au tras clopotele". Asociația medicilor i-a retras însă ulterior dreptul de practică medicală, invocînd neîndeplinirea „îndatoririlor morale care decurg din natura profesiei și din lege". Acest drept a fost totuși reacordat după recurs.

Argumentele care ar pleda pentru eutanasia activă ar fi de ordin variat. Ea încheie în primul rînd o suferință grea. Plinius, la vremea sa, aprecia că medicina are dreptul să suprime viața bolnavului, pentru a-i curma suferința, doar în trei boli: calculii vezicali, „marea durere de stomac" (probabil ulcerul) și nevralgia

trigeminală. Or, toate acestea sînt de mult curabile. Rămîn desigur diferite alte boli progresive și nevindecabile, stări de invaliditate gravă, mutilări etc. la care perspectivele rămîn descurajante în mod iremediabil. Cancerul se situează printre acestea, dar el însuși constituie o grupare extrem de heterogenă, cu un prognostic foarte inegal, cu posibilități terapeutice din cele mai contradictorii și cu șanse de viață diferite. A decide și a comite moartea unui pacient poate însemna o gravă și definitivă eroare. Poate fi vorba de un fals diagnostic și atunci gestul devine cu nimic justificat. Poate că peste un timp apare un mijloc terapeutic nou și perspectiva se modifică radical. Poate că prognosticul nostru este greșit și evoluția ia o turnură surprinzătoare, imprevizibilă, ducînd la unele din acele cazuri de vindecări „miraculoase", care sînt înregistrate ca fapt și rămîn încă neînțelese. Dar însuși progresul cunoașterii a deplasat în permanență limitele incurabilității și neviabilității și le va deplasa în continuare, mereu în favoarea omului. Lista bolnavilor care ar fi justificat în trecut o moarte eutanasică dar care nu mai constituie de mult pericole de viață, este destul de mare.

Și dacă totuși boala este chinuitoare și moartea iminentă? Dispunem astăzi de o medicină suficient de bogată pentru a curma orice simptomatologie penibilă, care alterează demnitatea umană, mergîndu-se pînă la somnul medicamentos. Rămîne nesoluționabilă situația bolnavilor care nu mor dar rămîn profund handicapați, prin infirmități deosebit de grave. Astfel de probleme sînt într-adevăr de mare tensiune emoțională. Viața salvată poate fi de fapt o veritabilă condamnare, greu de suportat. Să numim, de exemplu, gravele accidente care lasă o epavă iremediabilă, „un bibelou" fără motilitate activă, un hemicorp. Dar nici atunci, medicul nu poate dispune de viața care a rămas. Se cunosc cazuri în care bolnavul și-a regăsit chiar în astfel de situații voința și bucuria de a trăi.

Probabil că handicapații nou născuți ridică în primul rînd dileme în legătură cu întrebarea „A lăsa în viață sau a face să moară?". În vechime, Legea celor 12 Table prevedea jertfirea copiilor cu malformații încă de la venirea lor pe lume. În Egipt s-a găsit totuși mu-

mia unui anencefal, care fusese onorat după un cult religios. Monștrii au generat o întreagă mitologie și atitudinea față de ei a fost, sub imperiul obsesiei supranaturalului, cînd de oroare, cînd de adulare. În prezent, părinții refuză — justificat — produsul de concepție, atunci cînd este tarat de grave malformații, fără șanse de viitor. Chiar confruntați cu drama lor, ei fiind și reprezentanți legali ai nou-născuților, medicii nu pot întreprinde nimic activ. Sînt totuși voci care susțin „infanticidul din milă" pentru malformații grave și dezgustătoare, inoperabile.

S-a invocat și avantajul social real al unei morți asumate: cruțarea familiei de frămîntări și temeri. Nu poate fi un argument. S-a calculat și beneficiul economic, bolnavii în situații compatibile cu acceptarea eutanasiei fiind de regulă supuși unui tratament complicat și costisitor și reclamînd spitalizări prelungite. Reacția medicilor a fost tranșantă: eutanasia nu trebuie să devină o armă secretă a economiștilor, care intenționează să rezolve astfel problemele din ce în ce mai dificile ale costului asistenței medicale.

Contraargumentele eutanasiei sînt mai puternice. Se face mai întîi referire la posibilitatea, menționată, de a se lua o hotărîre greșită, or greșeala este aici de necorectat. Există temerea că bolnavul poate suferi prin procedura căreia îi este supus. Lipsa consimțămîntului conștient are desigur și ea o pondere însemnată în atitudinea prohibitivă actuală. Situația este alta pentru cei care își dau acordul sau o cer ei înșiși. Ce ar fi însă, dacă bolnavul care urmează să se adreseze unui medic, ar începe să gîndească și perspectiva „asasinării" sale, ca urmare a bolii ce i s-ar descoperi? Poate că obstacolul cel mai puternic împotriva eutanasiei îl constituie teama de abuz, de abuzul moral și de abuzul legal. În momentul cînd ar cădea bariera care îl oprește pe medic să provoace moartea, riscurile lunecușului în pantă sînt foarte mari. Odată pierdut principiul respectului absolut față de viață, cu această „demonetizare", „desacralizare", s-ar putea trece la gesturi mai grăbite și la decizii tot mai facile. Presiunea unor aparținători interesați ar putea forța mîna medicului (și conștiința lui), obținîndu-se decizii de eutanasie „la limită", dacă nu chiar

abuzive, nejustificate. Frîna morală rămîne. Interdicția juridică se menține.

Conceptul de eutanasie pasivă este cel care suscită în continuare discuții, întrucît se situează mai aproape de cerințele reale ale unei medicini umaniste, la ora resurselor excepționale de care dispunem. Problema nu s-a ridicat decît recent, tocmai pentru condițiile tehnice care au făcut posibilă ideea. Iată pledoaria unui medic, care își vede murind sora cu un cancer metastazat al sînului, la vîrsta de 34 ani, după o dramatică și îndelungată asistență medicală: „am înțeles mai bine de ce unii medici par să treacă cu vederea că misiunea lor primară este ușurarea suferinței și nu prelungirea ei. Este părerea mea umilă că tratamentul deosebit de agresiv aplicat suferinzilor în fază sigur terminală deschide doctrina bine cunoscută a lui *primum non nocere*" (J. A. Beall, 1983). Aici pare să stea soluția. A întrerupe tratamentul echivalează cu o moarte naturală. Dacă se combat doar simptomele chinuitoare, fără a se mai recurge la arsenalul destinat menținerii artificiale a vieții, iată un model de eutanasie. A lăsa să moară! Dar cum poți face selecția?

Refuzul voluntar de tratament este o cale, și morală, și juridică. Are întrucîtva semnificația unei sinucideri pasive în unele cazuri. Sînt state care au legiferat dreptul unui bolnav competent (responsabil), în condiții terminale de boală, de a-și exprima opțiunea pentru neacordarea sau întreruperea terapiei de care depinde menținerea vieții. Cînd dorința bolnavului este exprimată (în scris sau sub mărturie), nu poate fi vorba de culpă. În cazul nou-născuților handicapați, dreptul de consimțămînt revine părinților. Aici s-au creat dispute care au dus la aplicarea unor tratamente fără acordul acestora, cînd de ele a depins viața. Este exemplul atreziei esofagiene, care duce la moarte în cîteva zile, dacă nu se intervine rapid. S-a ajuns la conceptul de „tratament selectiv", adresat copiilor cu malformații „viabile", ceilalți urmînd să fie abandonați, lăsați deci unei morți „de la sine". În hidrocefalia și mielomeningocelul grav, s-a recurs — discutabil — și la evitarea administrării de antibiotice, atunci cînd survine o pneumonie. S-a spus însă, pe bună dreptate, că atitudinea este nejustificată și

ipocrită, deoarece a nu da antibiotic unui astfel de copil înseamnă „a închide ultima portiță", întocmai ca și cînd s-ar administra o injecție letală (J. Harris, 1981). Iluzionarea cu „evoluția naturală" a fost interpretată drept o ironie crudă, întrucît omul alege din natură ceea ce îi este favorabil lui și luptă, combătînd dezastrele „naturale". Este desigur o tragedie să vezi suferința prelungită a unor astfel de copii, fără viitor, fără șanse, ca și a părinților lor, timp de săptămîni și uneori de luni.

Dar, oare, acceptarea conștientă anticipată a morții poate fi situată dincolo de orice critici? Bolnavul o face de multe ori din teama de necunoscut, din frica suferinței care poate surveni în cursul bolii sale. O poate face într-o anumită dispoziție emoțională, pentru a reveni ulterior asupra opiniei sale. Tot astfel, cum și refuzul morții nu poate fi un temei suficient pentru întreținerea abuzivă a vieții artificiale, sfidînd imposibilul.

Opiniile se modifică în timp. O anchetă pe 418 medici din statul Washington arăta că 54% dintre ei ar practica eutanasia pasivă (abstenția terapeutică) la cererea bolnavilor condamnați sau a familiei lor, dacă legea ar recunoaște validitatea cererii. Există, pentru ei, acceptiunea morală, ceea ce lipsește este învestirea ei cu legalitate. Disocierea dintre etic și juridic nu este însă atît de flagrantă, cum pare, dacă „abandonarea" bolnavului condamnat, — „a-l lăsa să moară" — este cu acordul reprezentantului său legal, a membrilor de familie. Problema juridică de aici a plecat totdeauna, de la dezacord și plîngerile adresate instanțelor sub forma acuzației de „omor". Condamnări nu s-au pronunțat. Întreaga lume se agită. Existența unui consimțămînt prealabil simplifică dilema. În legătură cu un astfel de caz, reprezentanți ai bisericii anglicane au declarat că „ar fi de neconceput ca în asemenea situații un medic să fie declarat vinovat de omor". Și reprezentanții bisericii catolice au devenit mai liberali. În 1956, Papa Pius XII declara: „dreptul medical nu poate îngădui nimănui ca medicul sau pacientul să folosească în mod direct eutanasia". Era deci împotriva formei active, pozitive. În 1958, subliniind același punct de vedere, adăuga însă: „Dacă muribundul consimte, este permis să se folosească

anestezice administrate cu măsură, care să-i ușureze durerile, dar care totodată să aducă mai repede moartea". Ultima precizare, admite de fapt un gest activ, tanatogen, cu referire restrictivă la „anestezice". Ceea ce ne orientează de fapt sînt principiile noastre vechi de etică medicală, orientarea noastră consecvent umanistă. Apar însă mereu factori perturbanți care impun, nu revizuirea, dar actualizarea acestora, la noile conjuncturi. Un exemplu: extragerea inimii din pieptul unui accidentat poate fi o procedură „eutanasică", el poate muri din acest motiv. S-au propus de aceea, pentru acest caz cu totul particular, coordonate foarte precise de control. Echipa care asigură transplantul trebuie să fie alta, independentă de cea care răspunde de asistența donatorului, astfel încît decizia momentului de prelevare să fie indemnă de orice interes.

S-au încercat sistematizări ale bolnavilor la care ar fi aplicabilă eutanasia (cea pasivă este învederată în astfel de discuții). Grupul I: bolnavi în fază terminală, care prezintă dureri sau care au de trăit numai cîteva zile, cel mult o lună — două. Grupul II: persoane deficitare psihic sau cu mari deficiențe fizice, senilitatea avansată cu dezagregarea personalității, bolnavii în condiții de viață vegetativă (cu moarte cerebrală: absența activității electroencefalografice). Grupul III: nou-născuți cu grave anomalii mintale sau fizice, indiferent dacă speranța lor de viață este scurtă sau normală.

Există desigur morți iatrogene, generate prin explorări cu risc sau unele proceduri terapeutice. Acestea sînt totdeauna accidentale și imprevizibile. Lipsește elementul „intenție". Medicina învață să restrîngă acest risc și prin progresul ei izbutește. Moartea deliberată, „omorul din milă" nu poate fi însă conceput. Rămîne, oricum l-am privi, o manifestare agresivă, antiumană, deci nemedicală. Intenția îl face culpabil pe medic. Singurul lucru care îi este permis este combaterea suferinței pentru bolnavii care își păstrează cunoștința și — cîntărită cu multă răspundere, și totodată în echipă și în acord cu cei mai apropiați aparținători — limitarea intervenției terapeutice. Moartea se va produce, dacă este implacabilă, în mod natural, prin boala severă existentă. Dreptul de a ucide nu-l poate defini pe medic.

Fiecare viață cu șansa ei. Revenim la înțelegerea filosofului: „A fi uman înseamnă a interveni în determinismul vieții" (René Dubois, 1976). Dar cum omul a reușit să dicteze geneza vieții (fecundația artificială), poate fi ispitit să-și folosească puterea și pentru distrugerea ei. De fapt, în istorie mai întîi cu aceasta a început: omul a ucis. Nu medicul a fost însă cel care a făcut-o. Medicina nu rîvnește după rolul de călău. Rămîne cu destinul și cu povara ei nobilă: viața omenească.

FRANÇOIS RABELAIS, „DOCTOR ÎN MEDICINĂ" ȘI HOHOTELE LUI PANTAGRUELICE

Zicem Rabelais, zicem Gargantua și Pantagruel. Autorul a devenit celebru prin opera sa scrisă, un monument uriaș al Renașterii franceze. Forța și ineditul scrierii, bogăția și inventivitatea lingvistică, virulența satirică și erudiția, spiritul umanist debordant, verva, umorul popular sînt cîteva din trăsăturile care au impresionat pe fiecare din generațiile de cititori. Gustat de contemporanii de rînd, așa cum rezultă din apariția succesivă a celor 5 cărți care compun „romanul" (1532, 1534, 1546, 1548, 1564) și de multiple reeditări, Rabelais a fost prețuit și de oameni de litere ai vremii. Limba pe care o crease i-a atras adeziunea poeților Pleiadei. Printre aceștia, cel care redactase de fapt manifestul grupului, Joachim de Bellay (1522—1560) scria într-un sonet al său; „Iar mai presus de toate urăsc orice știință cu fumuri cărturărești". Montaigne (1533—1592), cel care prin eseurile sale contura o concepție mai flexibilă privind „arta de a trăi", fundamentînd ideile de toleranță, înțelepciunea prudentă și bunul-simț, a fost influențat de expresiile pitorești și tonul familial din opera lui Rabelais, chiar dacă nu-i descifrase sensurile mai adînc umane, ci receptase doar valențele sale umoristice. Voltaire îl acceptă fără rezerve doar tîrziu. Îi vor datora mult La Fontaine, care a versificat unele din fabulele povestite de el, dar cu deosebire Molière. Chateaubriand îl consideră asemenea lui Homer, Dante și Shakespeare. Hugo îl apropie de Ariosto și Cervantes. Flaubert îl numește „patriarh al literaturii franceze". Balzac îl consideră drept „cel mai mare spirit al omenirii moderne". Enciclopediile îl indexează ca un „spirit erudit, model perfect al umaniștilor Renașterii" (Larousse).

Rabelais a fost unul din cei mai buni medici din Franța secolului XVI. Personalitatea lui ca „doctor în medicină" a rămas însă în umbra scriitorului, deși pe nedrept. Dar de ce un medic a trebuit să fie cel care valorificînd vechile tradiții ale cărților populare cu uriași și cavaleri, să răspîndească în lume erudiția strînsă în biblioteci savante și să pornească un atac atît de virulent la adresa dogmatismului medieval! Și ce calități avea acest medic pentru a izbuti uriașul succes al unei vaste lucrări, care va deveni unul din pilonii exploziei numită Renaștere?

În momentul cînd Rabelais propune tipografului-librar Claude Nourry din Lyon să-i tipărească o „continuare" scrisă de el la „Marile și neprețuitele cronici ale marelui și enormului uriaș Gargantua", o carte populară care se vindea la bîlciuri ca pîinea caldă, o carte cu vrăjitori și uriași (O. Drimba), el era „medic al spitalului" din același oraș. Un medic celebru, foarte căutat, nu numai pentru cunoștințele sale temeinice, ci și pentru neconformismul care îl caracteriza. Confesiunea în versuri care deschide „cartea întîi" din „Preaînfricoșata viață a marelui Gargantua, tatăl lui Pantagruel, așa cum a fost alcătuită mai demult de domnul Alcofribas, abstrăgător de chintesență, scriere plină de pantagruelism" ne prezintă o justificare a noii îndeletniciri spre care s-a orientat: „Prieteni, răsfoind această carte / Venin și scîrbă-n ea n-o să aflați; / Lăsînd orice mîhnire la o parte, / De scrisul meu să nu vă rușinați. / N-o să ieșiți de-aici mai înzestrați, / În schimb veți învăța să rîdeți bine; / Mai drepte gînduri n-am purtat cu mine. / Văzînd cum v-a cuprins tristețea hîdă, / N-am stat să plîng, am rîs cum se cuvine, / Căci numai omului i-e dat să rîdă" (versiunea Al. Hodoș, ELU, 1967). Precuvîntarea la ultima sa carte, tipărită la 11 ani după moarte, deconspiră și tendințe mai grave. Un șir de întrebări în trombă („De ce se spune azi pretutindeni că lumea *s-a deșteptat?* . . . De ce e acum înțeleaptă? Cine o ținea nepricepută? Cine a trezit-o din prostie?") lasă după luxuriante digresiuni, să se strecoare un răspuns: „Eu, unul, deși văd că se tipăresc acum în limba noastră franțuzească atîtea scrieri minunate, și de toate felurile, rămînînd prea puține resturi din fățărnicia veacului gotic, mi-am pus în gînd

să fluier și să gîngăvesc partea mea...". Să nu uităm că anul 1539 marchează înlocuirea limbii latine prin limba franceză în actele oficiale. Perioada rămîne totuși frămîntată. Edictul din Nantes se situează însă mult mai tîrziu, în 1598, data la care vor înceta războaiele religioase.

Rabelais avea 22 de ani atunci cînd Luther dezlănțuise Reforma în Germania și atinsese 46 de ani cînd Calvin instalase republica sa teocratică la Geneva. Miguel Servetto, doctor în medicină ca și el, va fi ars pe rug de Calvin în anul în care Rabelais moare (1553). La acea dată, Montaigne avea numai 20 de ani.

Epoca lui Rabelais este o epocă de mari și dramatice confruntări ale spiritului, peste tot în Europa. Ieșirea din noaptea evului mediu se făcea cu sacrificii și lupte. Umanismul Renașterii nu se năștea ca o primăvară, ci mai curînd ca un rug strălucitor care trebuia aprins și întreținut cu propria-i ființă de omenirea atrasă de vechi și uitate idei, pe care antichitatea le gîndise cu multe secole înainte. A putut deci avea magistrul Rabelais momentele sale de glorie, dar a avut parte și de hăituiri înveninate de ură, a cunoscut spaima primară și s-a ascuns nu o dată, „pînă trece furtuna".

Întîlnirea lui Rabelais cu medicina pare să se fi făcut în perioada activității sale de tînăr paroh, la 25 ani, cînd se îndeletnicea și cu tămăduirea enoriașilor săi. Studiase în mînăstire Istoria naturală a lui Plinius dar acum va deveni un foarte bun herborist. Testează atmosfera de la facultatea de medicină din Paris. Aici domnea însă „Sorbona", cu tot ce însemna în bine și mai ales în rău, cu dogmatismul teologic și agresivitatea celor care exercitau aici funcție de „tribunal". Satira lui Rabelais este necruțătoare și în cartea sa va invoca pe „sofiștii, sorbilăi, sorbinocești, sorbonigeni, sorbonicari, sorboncălăi, sorboniformi, sorboniseci, niborvizanți, borsonizari, saniborșari, sabornizarzi, care, în disputele lor, nu caută adevărul, ci contrazicerea și dezbaterea".

Se va opri la Montpellier, cea mai renumită școală de medicină din Franța, una din cele mai prețuite în Europa, continuatoare a unor vechi tradiții hipocratice și galenice. Valeriu Bologa imaginează ca un reporter, într-un studiu despre „Rabelais ca medic", scena primi-

rii acestuia la Montpellier: „La prima sa apariție în sala în care se ținea o mare discuție asupra botanicii, o mulțime de studenți (...) umple sala pînă la refuz. Decanul îl invită să ia parte la discuții. El este împins cu aclamații la catedră și începe să vorbească spiritual, elocvent și clar despre plante, prezentînd chestiunile sub aspecte cu totul noi. El care studiase plantele vindecătoare din fosta sa parohie, avusese acum ocazia să demonstreze în fața unui auditoriu calificat bogăția cunoștințelor sale". În cererea sa de înscriere — avea 35 de ani — se angajează: „făgăduiesc să respect toate statutele sus-zisei facultăți de medicină, care sînt îndeobște respectate de către cei ce de bună voie și-au dat iscălitura și au depus jurămîntul potrivit obiceiului. Și semnez cu mîna mea, azi, într-a șaptesprezecea zi a lunii septembrie, anul Domnului 1530" (cf. O. Drimba, *Rabelais*, Ed. Tineretului, 1963).

După numai două luni și jumătate, în loc de trei ani cît prevedea regulamentul, obține la 1 decembrie 1530, titlul de „bacalaureat în medicină". Se crede că dispensa a fost obținută cu sprijinul unui profesor pe care îl cunoștea mai de mult, Schyron, care putea atesta preocupările de medicină mai vechi ale lui Rabelais, inclusiv trecerea pe la facultatea pariziană. Cursul său de probă face senzație, atît prin nivelul expunerii, cît și prin folosirea ca material de referință a unui manuscris grec și nu a unor traduceri latine cum era uzanța. Tema era „comentarii la aforismele lui Hipocrate și la Arta Medicală a lui Galenus". În 1532, la Lyon va apărea tipărită cartea „Aphorismorum Hippocratis sectiones septem, Franç. Rabelais recognitione", o piesă de mare valoare a literaturii medicale din secolul XVI. În cursul scurtelor sale studii din Montpellier, are șansa să asiste la o demonstrație de anatomie făcută de profesorul Schyron, cu prilejul unicei disecții pe cadavru pe care o permitea regulamentul într-un an de zile. Ritualul era scolastic: profesorul citea din cărțile clasice și făcea comentarii pe seama lor, de multe ori în contradicție cu ceea ce putea arăta în realitate bărbierul-chirurg care îndeplinea propriu-zis explorarea. Medicina decăzuse de la observația directă a naturii la un studiu de tip umanist, la memorarea textelor. Dogmele transmise cu deo-

sebire prin autoritatea lui Galenus erau tezele de bază în teoria și practica epocii.

Rabelais avea avantajul unei culturi neobișnuit de bogate și al poliglotismului care îi îngăduia accesul direct la vechile scrieri din cele mai diferite limbi. Un episod din perioada de student este ilustrativ pentru caracterizarea tînărului discipol. Universitatea vroia să obțină unele privilegii de la cancelarul Franței, cardinalul Duprat, și îl trimit la acesta pe Rabelais, ne spune Ovidiu Drimba. „Cum era cu neputință să ajungă la înaltul cancelar, recurse la o stratagemă: se îmbrăcă într-o robă verde, își puse o barbă falsă și începu să se plimbe întruna prin fața reședinței cardinalului cancelar, pînă cînd acesta, intrigat, trimise un paj să afle cine era ciudatul personaj din stradă. Rabelais îi răspunse pajului în latinește; cînd, după paj, veni un gentilom care știa latina, Rabelais îi vorbi în grecește; altuia, trimis pentru că știa limba elenă, Rabelais îi răspunse în ebraică; altuia, care cunoștea ebraica, îi vorbi în arabă, iar următorilor — pe rînd — în spaniolă, în engleză, în italiană, în germană; pînă cînd, uluit, cancelarul îl chemă și Rabelais îi depuse cererea, obținînd numaidecît ceea ce dorea universitatea". Trecuse acum de 36 ani.

Cu primăvara anului 1532 se stabilește la Lyon, ca medic al spitalului, ținînd seamă că cei 6 ani care trebuiau să treacă pînă la obținerea titlului de doctor nu presupuneau cursuri obligatorii. Aici a fost foarte preţuit. Medicina avea resursele extrem de limitate ale epocii, dar Rabelais avea în plus spirit critic și bun-simț, dezvoltate prin observația directă a naturii. Punea un accent deosebit pe mijloacele naturale de întreținere a sănătății și pe respectarea normelor de igienă: viață ordonată, alimentație echilibrată, fără excese, cu suficiente fructe și legume, mișcare, aer curat, curățenie. Regăsim aci bunele virtuți ale hipocratismului. Rabelais a rămas în istoria farmacologiei ca primul care a utilizat infuzia de anghinare în bolile atribuite pe atunci ficatului (astăzi se recunoaște acțiunea coleretică și colecistokinetică a acestei plante, mult prescrisă la biliari). A inventat un instrument original pentru tratamentul fracturilor femurale („glottocomion"), altul pentru debridarea plă-

gilor abdominale adînci, și a imaginat un procedeu de reducere a obstrucțiilor intestinale.

S-a comentat într-o biografie a lui: „dacă i-ai fi cerut să se definească el ar fi răspuns: sînt medic; opera sa literară care l-a făcut nemuritor n-a fost pentru el decît o recreație, medicina i-a fost, așa credea el, rostul existenței" (cf. Val. Bologa). El înțelesese importanța bunei dispoziții ca factor favorabil de vindecare a bolilor. Tonusul său nealterat, farmecul, arta de a se apropia de fiecare, preocuparea pentru refacerea moralului îi aduceau o justificată faimă. Se reține un apel în versuri latinești, adresat de un poet prieten: „Nu mă simt bine deloc. Leacurile nu-mi ajută la nimic. Nu știu nici eu ce am, nu știu decît că lîncezesc din pricina ta. Vino deci de mă îmbărbătează cu prezența chipului tău bun și lîncezeala-mi va dispărea numaidecît". Cu această înclinare, beneficiind de erudiția și cultura umanistă vastă, Rabelais a devenit scriitorul pe care îl știm.

Licența o va lua în mai 1537, după care i se acordă titlul de „doctor în medicină", cu festivitatea plină de pompă a facultății din Montpellier (pompă care va prilejui lui Molière o suculentă șarjă în ultima sa comedie, „Le malade immaginaire"). Faima lui Rabelais va spori. La aceasta contribuie și disecția publică pe care o face el însuși, într-un oraș ca Lyonul, unde un astfel de eveniment nu se mai văzuse. Își va îndeplini față de facultate și obligația de a preda un curs timp de un semestru, alegînd de această dată „Cartea despre prognostic" a lui Hipocrate și folosind și acum un manuscris grecesc.

Cariera de medic a lui Rabelais va fi de acum încolo scindată de însărcinări diplomatice. El devine medic personal și secretar al cardinalului Jean du Bellay, un protector al literelor. Cu el va pleca din Lyon la Roma, călătorie căzută la vreme din cauza condamnării cărții sale de început tocmai apărute, drept obscenă, de către Sorbona. Intensificarea persecuțiilor față de „ereticii protestanți", îl face pe proaspătul autor să dispară — după întoarcere — din Lyon pentru un timp, ținînd seamă de atacul anticlerical pe care îl făceau povestirile sale „cu uriași". Sîntem în februarie 1535. În vara aceluiași an ajunge cu protectorul său la Paris și deși aici i se

acordă unele „privilegii ecleziastice", fiind numit canonic la mînăstirea Saint-Maur, se liberează de obligaţiile monahale şi trece la o practică medicală laică. Dobîndeşte celebritate şi la Paris, prin succesele sale. Un umanist al timpului, Etienne Dolet, scria într-un poem în versuri latineşti: „François Rabelais, onoarea şi gloria necontestată / A artei medicale, care chiar şi din pragul morţii / Poate să-i readucă pe morţi la viaţă şi să-i redea luminii" (cf. O. Drimba).

Va fi însă din nou scos din activitatea medicală de însărcinările diplomatice primite de la patronul său dar, după semnarea păcii între regele Francisc I şi împăratul Carol Quintul, la Aigues-Montes, mediată de papa Paul III, se retrage vechea ocupaţie. Schimbarea politică produsă marchează contrareforma, atacul contra umanismului şi începutul războaielor religioase.

Un alt eveniment îl scoate însă curînd din viaţa lui retrasă de medic şi studios umanist. Guillaume du Bellay, senior de Langey, frate al cardinalului, îl ia cu sine ca secretar, la Torino, unde era numit guvernator al Piemontului recent cucerit. Are în schimb prilejul să selecteze varietăţi rare de plante, printre care şi plante medicinale, pe care le expediază episcopului de Montpellier, Pellicier, pentru aclimatizare. Numit ambasador la Veneţia, acesta îi oferă posibilitatea achiziţionării de manuscrise greceşti pentru colecţia sa. Seniorul de Langey face însă cancer şi moare în drumul spre ţară. Rabelais i-a făcut îmbălsămarea, utilizînd plante aromate de munte.

Persecuţiile religioase erau în toi. Rabelais nu mai avea acum nici un protector. Adoptă o existenţă de peregrin, preocupat de siguranţa sa personală. Se retrage în lecturi şi însemnări. Redactează în continuare cărţile cu Pantagruel, reliefînd puternic bunul-simţ şi înţelepciunea primară prin Panurge. Se poate crede că multe din gîndurile sale proprii trec acum în vorbele acestui personaj robust, uneori strecurînd o filosofie ca aceasta: „căci toate bunurile cîte se află sub cer şi pe pămînt (...) nu sînt vrednice să ne zguduie sentimentele, nici să ne tulbure simţirile şi minţile".

Evenimentele se precipită. Cruzimea inchizitorială devine paroxistică. „Or, tocmai acum apare cea de a patra

carte, „Despre faptele şi pildele mari ale vrednicului Pantagruel, alcătuită de Domnul François Rabelais, Doctor în medicină", care îşi menţine atacurile contra bisericii şi clericilor. Va fi, inevitabil, condamnată. Rabelais se refugiază la Metz, teritoriu german independent, adăpostit de seniorul de Saint-Ayl. Rămîne 2 ani în acest autoexil, continuîndu-şi lecturile şi scriind. Ulterior, o nouă călătorie la Roma, cu acelaşi cardinal du Bellay, apoi stabilirea în slujba acestuia la Paris, unde se bucură de beneficiile a două parohii.

Moare în aprilie 1553. Testamentul său, pe care ajunge să-l dicteze, cuprinde şi o frază ca aceasta: „N-am nimic, sînt plin de datorii, restul îl las săracilor". I se mai atribuie şi cuvintele: „Lăsaţi cortina, comedia s-a sfîrşit!".

În cartea lui Rabelais, putem găsi multe interferenţe medicale. Mai întîi, pregătirea sa temeinică de anatomie îi permite pasaje de mare expresivitate, prin minuţia lor. Descrierea organelor lui Quaresmeprenant este suculentă şi evocatoare prin comparaţiile folosite, făcînd o lecţie populară de anatomie. Integrarea funcţională a organismului apare plastic într-un discurs al lui Panurge, tratînd despre „universul mic", omul, „în care se găseşte un tărăboi grozav: capul n-o să mai vrea să-şi dea vederea ochilor, ca să călăuzească picioarele şi mîinile. Picioarele n-au să-şi mai dea osteneala să-l poarte. Mîinile vor înceta să muncească pentru el. Inima o să se supere că trebuie să se zbată atîta pentru pulsul mădularelor şi n-are să le mai dea nimic. Plămînul n-are să-i mai puie la dispoziţie inimii foalele lui. Ficatul n-are să-i mai trimită sînge pentru hrană. Băşica n-are să mai vrea să fie datoare rinichilor; udul va fi desfiinţat. Creierul, avînd în vedere această rînduială denaturată, o să rămîie pe gînduri şi n-are să mai împartă simţire nervilor şi mişcare muşchilor...". „Laringia şi Faringia" sînt „două oraşe mari, cum ar fi Rouen şi Nantes, tîrguri înfloritoare, negustoreşti", în care a început — într-o povestire — ciuma; dar de fapt ne găsim cu acestea, în gura lui Pantagruel; metaforele abundă.

Este verosimil ca lecţia de botanică a lui Gargantua să fi fost aievea în chiar tinereţea autorului: „Trecînd

peste livezi și alte locuri înflorite, ei observă arborii și plantele, le compară cu cele ce au scris cei vechi ca Teofrast, Dioscuride, Marenus, Plinius și Nicander, Macer și Galen, se întorc cu mîinile pline la locuință...". Referirile și citările docte sînt peste tot. O latinească pe înțelesul franțuzului de rînd, un idiom comic, stîrnește verva lui Rabelais. Pedanteria simulată duce la inventări de surse bibliografice inexistente. Dar, pentru verosimilitate, vom găsi autori reputați, ca Homer, Virgiliu, Aristotel, Socrate, Hipocrate, Plaut, Varo, Plutarh și foarte mulți alții.

Prescripții igienice? Vom găsi în multe locuri, cînd în serios, cînd în zeflemea. Iată-l pe doctorul Rondibilis sfătuindu-l pe Panurge: „Băutura fără măsură, adică vinul băut cu necumpătare răcește sîngele, înmoaie vinele, amorțește simțurile, zăpăcește mișcările și seacă puterile zămislirii". Și mai departe, se acuză „munca fără odihnă".

Despre mîncăruri? Acestea îl invită pe Rabelais la cele mai năstrușnice fantezii, urmărind în esență ironizarea îmbuibării și a exceselor de tot felul, resursă fericită dacă ținem seamă că eroii cărții sînt niște uriași. Poate că secvența privind pe „gastrolatri" este cea mai savuroasă, prin enumerarea de „băuturi de viață lungă" și de preparate culinare; un capitol întreg.

Aventurile eroilor lui Rabelais expun la felurite răniri și îmbolnăviri. Medicul, aici își arată știința! Nu ne poate dezinteresa „cum s-a îmbolnăvit Pantagruel și ce fel de leacuri a folosit". După ce se expun principalele simptome, și sîntem asigurați că „doftorii l-au îngrijit cu multă rîvnă și i-au dat tot felul de fierturi...", ni se descrie modul în care „au hotărît felcerii să-i curețe răutatea din pîntece". În puține cuvinte, i s-au dat să înghită „16 măciulii mari de aramă, goale pe dinăuntru", în care au intrat slujitorii care urmau să facă opera de vindecare, înarmați cu uneltele cuvenite. Iar atunci cînd în urma unei bătălii între uriași, Epistemon a fost găsit „mort și înțepenit, ținîndu-și în mîini capul însîngerat", Panurge realizează o autogrefă, demnă de reținut pentru un istoric al acestei tehnologii fascinante: „A spălat capul și gîtul mortului cu vin alb din cel mai bun și l-a

oblojit cu praf de băligariță; apoi l-a uns cu nu știu ce fel de alifie, legînd capul de trup vînă cu vînă, nerv cu nerv, oscior cu oscior, avînd grijă să nu rămînă strîmb... A făcut de jur împrejurul gîtului cincisprezece împunsături de ac, ca să se prindă capul, apoi l-a uns cu o altă alifie...". Este adevărat că „vindecarea" nu s-a produs pe loc: „Epistemon a rămas mai bine de 3 săptămîni răgușit, și s-a ales cu o tuse uscată, de care n-a scăpat decît cu băutură din belșug".

Meloterapia, acest remediu folosit de medicina empirică și de cea științifică, apare în cartea lui Rabelais, ca artă a reginei din Chintesența. Cu aceeași gravitate simulată, ni se povestește: „Regina a început să cînte nu știu ce cîntec, și leproșii s-au tămăduit de-ndată. Apoi au intrat otrăviții. Le-a cîntat alt cîntec și s-au îndrăvenit toți. Au venit la rînd: orbii, surzii, muții și la urmă ologii. Ne-am simțit atît de cutremurați, încît am căzut cu fața la pămînt, pătrunși de o adîncă evlavie, văzînd minunile pe care regina le săvîrșise". Despre aceeași țară ni se povestesc și alte uimitoare lucruri: „unii vraci albeau în cîteva ceasuri pielea etiopienilor, frecîndu-i pe burtă cu fundul unui paner"; exista acolo o licoare „binecuvîntată" care se dădea de băut regilor și prinților, „lungindu-le viața cu cel puțin doi stînjeni", o alchimie făcută „cu dinții" și altele, străine însă de interesul medicinii (veritabile jocuri lingvistice „stil" Urmuz). Iată și ora mesei la palatul reginei: „Punga stomacului, care împarte hrana trebuincioasă tuturor mădularelor noastre, așteaptă cu nerăbdare să-i dăm înapoi ceea ce prin ardere fără răgaz s-a istovit".

În prima carte, „micuțul" Gargantua este supus unui tratament pentru a fi readus „pe calea cea dreaptă" și a părăsi felul cu totul necugetat în care își petrecea ziua. Meșterul Teodor, „un doftor învățat din acea vreme", „i-a dat — după toată rînduiala canoanelor doftoricești — un clistir cu fiertură de spînz, iarba-nebunilor, curățîndu-i creierii de stricăciune și de toate deprinderile rele".

Un mare medic, umanist al Renașterii, și-a revărsat bogăția de cunoștințe și înțelepciunea în paginile unei cărți de ficțiune. Decodificînd simbolurile folosite aici,

putem judeca acel moment dramatic al dezvoltării medicinii, cînd empirismul calm al unei tradiții îndelungate, amorțite de spiritul fatalist al evului mediu, era cuprins de convulsiile raționalismului și de febra cunoașterii. Metaforele colosale care abundă și se revarsă nestăvilit sînt toate lecții pentru omenire. Hohotele de rîs ale uriașilor lui Rabelais sînt și astăzi la fel de puternice ca pe vremea cînd cărțuliile abia ieșite de sub teascurile lyoneze erau trecute din mînă în mînă de lumea dornică de un timp mai bun.

MOLIÈRE ȘI PĂCATELE MEDICINII PREȘTIINȚIFICE

Era de așteptat ca un domeniu atît de important pentru existența omenească, medicina, să se reflecte bogat în literatura timpului. Elogii și blamări, apoteoze și satire găsim înscrise în paginile multor scriitori. Este însă sigur că Molière a reușit cea mai vitriolantă prezentare a unor personaje aduse în scenă pe rol de medic și doctor. De ce a făcut-o? El însuși suferă o boală serioasă pe la 1665, cînd se bucură de o îngrijire atentă și prietenească. Și totuși, în 1666 va apărea „Le médecin malgré lui" iar în 1673, „Le malade immaginaire".

În ultima comedie, Molière (care moare la a patra reprezentație) introduce cîteva replici vizînd semnificația satirei sale. Într-un dialog dintre eroul principal, Argan, și servitoarea sa, Béralde, se poartă următorul schimb de cuvinte: „E cam obraznic acest Molière al tău, cu comediile lui, și-l găsesc destul de ridicol cînd se apucă să rîdă de niște oameni cinstiți, ca doctorii". „Nu de medici își bate el joc, ci de ridicolul medicinei". Această veritabilă „raisonnneuse" a piesei, își extinde de altfel comentariul: „Ce altceva vei fi voind să înfățișeze decît diferitele ocupații omenești? De altfel, în fiecare zi sînt înfățișați pe scenă prinți și regi, care sînt cel puțin tot atît de onorabili ca și medicii".

Să nu uităm că teatrul lui Molière se dezvoltă natural, pe baza unor vechi tradiții, și preia inevitabil unele din modelele premergătoare. Filiația cu „Commedia dell' arte" italiană și unele înrudiri cu teatrul spaniol din secolul precedent au fost de mult scoase în evidență de critici. Piesele de acest tip conțineau uneori mai mult bufonerie decît satiră și succesul lor se datora de multe ori caraghioslîcului „cu orice preț". Un erou ca Pantalone, de exemplu, trebuia să fie ridicol prin esența

sa. Personajul „dottore" al acestor comedii italiene nu reprezenta în mod necesar, pe medic, el era de multe ori doar un dascăl ridicol prin erudiția sa stearpă, livrescă, ecou tîrziu al scolasticii medievale. Montaigne (1533—1592) se referă într-unul din eseurile sale, „Despre înfumurarea dăscălicească", la acest aspect: „Mi-a fost adesea ciudă, copil fiind, că la teatrul comic italienesc se vede mereu un dascăl luat în bătaie de joc, iar numele de „magister" nu-i mai cuviincios pomenit la noi. Cum puteam eu să nu le apăr faima, fiind sub oblăduirea și grija lor?".

Caracteristica cea mai grotescă și hilară a medicinii teatrului molieresc este sărăcia flagrantă a unei concepții nosologice și cu deosebire a mijloacelor terapeutice. Iată o mostră suculentă a remediilor utilizate de personajele sale în „Bolnavul închipuit" (actul I, scena I, în traducerea lui T. Bogdan și Șt. Crudu, ESPLA, 1958). Argan deschide scena socotindu-și notele de plată pentru procedurile terapeutice aplicate: „... Plus, la douăzeci și patru, o clismă ușoară, pregătitoare și emolientă, pentru a înmuia, a umezi și răcori măruntaiele domniei sale... Plus, din aceeași zi, o minunată clismă purgativă, cu doză dublă de catholicon, revent, miere de trandafiri și altele, după rețetă, pentru a goli, spăla și curăți foalele domniei sale... Plus, în seara aceleiași zile, un julep hepatic, soporific și somnifer, pentru ca domnia sa să poată dormi... Plus, din ziua de douăzeci și cinci un admirabil purgativ și tonic, din mană proaspătă, siminichie de Levant și altele, după rețeta domnului Purgon, pentru a îndepărta și elimina fierea domniei sale". Etc. etc., cu grijă contabilă, toate enumerate pe zile și după cost. Pentru ca, la urmă, să asistăm la totalizare: „așadar, în luna asta am luat unu, două, 3, 4, 5, 6, 7, 8 purgative și una, două, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 clisme...". Să recunoaștem că se putea rîde copios la o astfel de scenă.

Conceptul de „purgare" avea rădăcini în medicina antică: *purgo-purgare-purgavi-purgatum* = a curăți, în limba latină, de unde *purgatio-purgationis* = curățire, spălare. *Clysterium* a însemnat la început „calmant" dar pentru că administrarea lui se făcea pe cale joasă, s-a ajuns la ideea de clismă, clistir, așa cum se folosește și

astăzi. Aplicația purgativelor și a clismelor era la îndemînă și devenise de aceea un fel de panaceu. Într-o carte savantă editată la Veneția în 1685 (La prattica universale in cirurgia, de Giovanni di Vico Genovese) se recomanda purgația și pentru îndepărtarea păduchilor, este drept alături de unele aplicații locale de „zeamă de drobiță, fiartă cu zeamă de pelin și cu ulei de mirt".

Vremea lui Molière mai cunoștea un al doilea remediu, la fel de predilect: sîngerarea. În Tartuffe găsim o mențiune a acesteia în legătură cu starea de rău a doamnei Elmire, soția lui Orgon, personajul victimă. La întoarcerea lui acasă, Dorine, servanta, îl informează de aceasta și de faptul că „pînă la urmă, convinsă de argumentele noastre ea se decise să suporte sîngerarea și ușurarea se produse îndată". De ce ne-am mira, dacă în enciclopedia lui Celsus (sec. I), carte de temelie pentru secolele care au urmat, găsim scris: „Lăsarea de sînge prin secționarea venei nu este un lucru ușor; ceea ce e nou e faptul că nu există boală în care să nu se lase sînge". Metodologia procedurii și efectele terapeutice le vom găsi detaliat prezentate în acel poem de educație sanitară scris pe la 1200 în Școala de Medicină din Salerno, numit „Floarea medicinei sau Regimul salernitan": „Cînd sînge-ți ia, tu ani să ai șaptesprezece, / Căci din belșug atuncea din vine spirit iese / (...) Astfel, flebotomia vederea o ascute și bine curățește / Gîndirea, ca și mintea (...) / Simțirea limpezește, dă somn, alungă greața (...) / Pe triști — înveselește, pe mînioși — împacă, / Amanților sminteala flebotomia curmă" (în traducerea cu iz arhaic a lui G. Z. Petrescu).

Și iată cum s-a putut contura acel formidabil „al treilea intermediu", din actul III al Bolnavului imaginar, unde se prezintă ceremonia burlescă a acordării titlului de doctor, cu recitări, cîntece și dansuri. Se crede că Molière ar fi asistat odată la o astfel de festivitate. Oricum, ea era cunoscută, prototipul îl reprezenta tradiția de la facultatea de medicină din Montpellier, despre care și John Lock scrisese în jurnalul său. Latineasca păsărească folosită pe scenă vrea să ironizeze excesul de ermetism lingvistic și dogmatismul conceptual al breslei medicilor, care pînă tîrziu a continuat să folosească doar limba savantă de tradiție. Dincolo de umorul gras al

cuvintelor latine și franțuzești împestrițate, rămîne fixată ideea că indiferent de boala pe care o are un bolnav, ritualul terapeutic trebuie să fie *„Clysterium donare, Postea saignare, Ensuita purgare"*. Desigur, dacă rezultatul terapeutic se lasă așteptat și bolnavul nu se vindecă, este simplu: *„resaignare, repurgare et reclysterisare"*. Ca urmare a cunoștințelor demonstrate, toți candidații *(„primus doctor", „secundus doctor", „tertius doctor", „quartus doctor")* primesc de la președintele comisiei învestitura: *„Ego, cum asta boneto / Venerabila, et docto, / Dono tibi et concedo / Virtutem et capacitatem / Medicandi, / Purgandi, / Singerandi, / Injectandi, / Taiandi, / Sfartecandi / Et occidendi / Impune per totamterram"* (versiunea T. Bogdan și Șt. Crudu). Iată deci că procedurile terapeutice medicale se îmbogățesc cu cele chirurgicale, mai înainte un privilegiu exclusiv al bărbierilor-chirurgi.

Samuel Hahnemann (1755—1843) se va referi peste un secol la aceeași stupidă terapie, care îl obligă să caute alt drum, orientîndu-l spre ceea ce el numește „homeopatie": „sîngerările, antiflogisticele, băuturile dizolvante, băile călduțe, dieta, eterul, purgativele și clisma — constituie cercul vicios în care se învîrt fără încetare medicii..." (la cei germani se referea el, pentru că îi cunoștea, dar aprecierea era valabilă pentru întreaga medicină occidentală practică, pe scară largă).

Un medicament în vogă, „vinul emetic", este pomenit în Dom Juan (1665). Sganarelle caută să-și convingă stăpînul să ia acest drog, argumentînd: „Și totuși vedeți, de un timp, vinul emetic face mult zgomot. Miracolele sale au convertit și pe cele mai neîncrezătoare spirite". El povestește mai departe cum, administrat unui bolnav care „de șase zile se chinuia să moară", „l-a făcut să moară dintr-o dată". În fața unei eficacități atît de evidente, Dom Juan admite: „Efectul este admirabil!" Problema era de fapt dramatică în sine, pentru că fuseseră semnalate decese din cauza acțiunii sale toxice (produsul era preparat pe bază de antimoniu). Faima a fost cu totul nefondată și s-a datorat de fapt supraviețuirii regelui Ludovic XIV unor administrări repetate de vin emetic, pe cînd era bolnav probabil de tifos, efect pus pe seama acestui drog.

Erorile absurde ale medicinii epocii nu lipseau deci nici din cercurile cele mai înalte. Despre Regele Soare se știe că a fost transformat dintr-un copil robust cu un intelect deosebit de dezvoltat, într-un adult nevrotic și handicapat pentru că, după ce fusese supus „tăieturii sub limbă" la cîteva zile după naștere, a fost apoi purgat prin supozitoare cu regularitate, acestea trebuind să fie înlocuite după doi ani cu laxative pentru că nu mai erau eficace. Regele va fi operat și de fistulă anală. În ce privește emisiunile sangvine, medicul personal al cardinalului Richelieu, Citoist, a făcut 12 sîngerări tînărului marchiz de Fors, rănit în luptă la 20 ani, și care — de răni sau de tratamentul acesta — a murit. Comediile lui Molière trebuiau să rămînă însă comedii. Sganarelle, „medicul fără voie", acostează astfel pe tînăra doică din piesă, care iradia o deplină sănătate: „Sănătatea asta e de temut, n-ar fi rău să vă fac o mică sîngerare plăcută și să vă dau vreun mic clistir dulcifiant".

Molière extrage de asemenea umor și valențe educativ-satirice din jargonul pseudosavant și expresiile pompoase, erudiția de fațadă, prestanța pseudosacerdotală și tendința de epatare și intimidare. Păcatul nu aparținea doar medicilor acelei epoci. El a fost pus la index de scriitor în repetate rînduri și această maladie care contaminase pe mulți o vom găsi desfășurată copios în Burghezul gentilom, cu obsesia lui de a deveni cult peste noapte, așa cum devenise și bogat, sau în Femeile savante, Prețioasele ridicule ș.a. Vorbirea ermetică intimidează și impune respect celor naivi. Formalismul și găunoșenia lasă însă să se strecoare un anume spirit șarlatanesc. În fapt, medicii din teatrul lui Molière nu sînt lipsiți de această trăsătură. Iată, pe viu, o lecție clinică administrată de doctorul Diafoirus, din „Bolnavul imaginar" fiului său Thomas, viitor doctor, pe care îl pune să ia pulsul pacientului pentru a vedea dacă „e în stare să-și dea o părere exactă", *„Quit dicis??"* Replicile sînt scurte: „Dico că pulsul dumnealui este pulsul unui om bolnav". „Bravo". „Ce bate tărișor ca să nu spun tare". „Admirabil". „Zvîcnește". *„Bene"*. „Ba chiar neregulat și inegal". *„Optime"*. „Ceea ce denotă o neorînduială în parenchimul splenic, adică în splină". „Admirabil". Învățătura este de tot naivă iar referirea interpretativă de-a

dreptul absurdă și fantezistă. Tonul însă impune. Poate că și Argan avea dreptate: „Trebuie totuși ca medicii să creadă în adevărul artei lor, o dată ce se slujesc de ea și pentru ei înșiși".

Dogmatismul nu putea lipsi, era în floare, textele redactate cu secole în urmă constituiau încă izvoare bibliografice, alineatele și versetele fiind memorate și reproduse. Gîndirea logică și spiritul de observație a naturii, care ridicaseră pe trepte înalte medicina greacă antică, se pierduseră. Iată de ce și Montaigne comenta: „ei cunosc bine pe Galenus dar nu cunosc pe bolnav, au apucat să-și împuie capul cu legi, fără să fi ajuns a pricepe miezul pricinii. Ei știu mersul spus al tuturor lucrurilor, dar să căutați voi cine să le dea de rost". Acest fenomen scolastic fusese pus la index încă cu mai mult timp înainte și de Petrarca: „Nu pot suferi pe palavragiii care fiind nu atît înarmați, cît împovărați și prinși în mrejele falnicei scolastici, știu numai să trăncănească și nu să vindece, din care cauză sînt de netolerat, pentru cei sănătoși și purtători de moarte pentru cei bolnavi". În simplitatea ei, Béralde, slujnica din Bolnavul imaginar, face o distincție justă: „în vorbe și în fapte voi doctorii sînteți două feluri de persoane. Ascultați-i vorbind: cei mai pricepuți oameni din lume; priviți-i lucrînd: cei mai ignoranți din toți oamenii". Diafoirus își face o cinste prin a respecta părerile anticilor și prin a refuza să asculte și să priceapă recentele descoperiri ale secolului. Această opacitate la progres apare deci ca o altă trăsătură, fățiș caricaturală și negativă a personajelor-medici construite de marele satiric.

*
* *

Dar, să nu uităm, ne găsim în secolul XVII. Multe progrese se manifestaseră cu timpul în filosofie și în știință. Este epoca în care se fundează prima societate științifică din lume (Royal Medicine Society, la Londra). Este secolul în care trăiesc Sydenham și Osler. Decanul medicinii din acest secol este considerat olandezul Herman Boerhaave, cel care sintetizează iatrochimia și iatrofizica. Acum trăiește și ilustrul Robert Boyle, care com-

bate ideile neștiințifice ale alchimiștilor și descoperă chimia analitică. Paralel cu chimia și fizica se dezvoltă anatomia microscopică, prin meritele lui Leeuwenhoeck. Ia naștere botanica științifică și farmacologia. Raționalismul lui Descartes și Spinoza se completează cu imperativul cunoașterii prin experiența directă, al lui F. Bacon. Pregătirea universitară medicală începe să intre într-o fază științifică, bazîndu-se de acum pe observații și experimente, părăsind dogma cărților de tradiție. O explozie de noi medicamente cu acțiune farmacodinamică puternică, pînă astăzi fructificată, sporește mult eficiența gestului medical. Medicii secolului lui Molière începeau să dispună de digitală, beladonă, stricnină, opiu, ipeca, chinină (renumitul praf „al contesei", „pulvis comitissae", folosit ca antitermic, extrasă din „arborele de friguri", din Peru, „cortex chinae"). Se importă cafea, cacao. În 1640 se găsește formula antiemeticului folosit pînă astăzi, Potio Rivieri. Un istoric avizat al farmaciei, subliniază totuși, „este adevărat, că în prima fază a dezvoltării chimiei și a farmaciei chimice, care coincide în linii mari cu prima parte a secolului XVII, domină însă multe idei obscurantiste și procedee neștiințifice, provenite din alchimie" (S. Izsak). Procesul trecerii spre chimia și farmacologia științifică devine mai evident abia la sfîrșitul acestui secol. Molière moare în 1673, la numai 51 de ani.

Puteau lipsi referirile la responsabilitate și umanism, la conduita generală? Probabil că Molière nu a avut prilejul să citească acel canon intitulat „Preceptele medicilor", redactat în secolul XIII. Putea găsi aici multe indicații de conduită, extrem de fecunde pentru un moralist ca el. Iată una singură dintre ele: „Inaccesibilitatea, ca și înfățișarea pompoasă, sporesc autoritatea medicului și-i aduc daruri fără număr. O înfățișare modestă aduce un venit mic și doar expresia unei recunoștințe sărace". Vom înțelege de ce pe vremea lui Paracelsus, în secolele XV—XVI, un doctor renumit obișnuia să vină în consult cu două-trei ajutoare. Medicul intra cu solemnitate, asigurînd un adevărat ceremonial. Unul din ajutoare rămînea afară să păzească trăsura și caii, altul purta intrumentele, al treilea făcea ce era de trebuință. Acestora le va reveni mai tîrziu (sec. XVII) și rolul distincției dintre diabetul insipid și diabetul

zaharat, primul „fără gust", al doilea „mellitus", adică cu urină dulce. Va trece și mai mult pînă cînd se va dovedi prezența glucozei în această urină.

Șarlatanizarea și mercantilizarea medicinii vor constitui un dușman însemnat al acestei nobile îndeletniciri, din antichitate și pînă astăzi. Probabil că intruziunea acestor fenomene deplorabile a fost maximă în perioada care a premers constituirea medicinii ca știință. Este și cazul eroilor lui Molière. În „Comedia măscăriciului", găsim o replică crudă: „era îmbrăcat ca medic și am crezut că trebuie să-i vorbesc despre bani". Nepotolita Toinette, acest spiriduș din „Bolnavul imaginar", se arată foarte incisivă față de Diafoirus, care își exprimă rezerva față de practicarea medicinii la curte, unde pacienții sînt incomozi, deoarece, „atunci cînd se îmbolnăvesc, vor ca medicii lor să-i vindece de tot". Părerea ei este următoarea: „... ei sînt atît de impertinenți, vrînd ca dumneavoastră ceilalți domni să-i vindecați; dumneavoastră nu sînteți deloc pe lîngă ei pentru asta; dumneavoastră nu sînteți decît spre a vă primi onorarul și a le prescrie remediile; să se vindece ei dacă pot". Regăsim aici, în linii mari, o întreagă epocă în care ignoranța generează o falsă siguranță de sine iar gustul parvenirii și al îmbogățirii anima o complicată strategie pentru obținerea profitului. Reacția populară față de acestea se va prelungi pînă tîrziu. În „Colas Breugnon" al lui Romain Rolland vom găsi această replică savuroasă: „bolnavul a murit, boala s-a sfîrșit, felcerul să trăiască!". Este aici desigur o medicină readusă în empiric, o medicină la periferia științei și, aș zice, a lumii neevoluate, acolo unde își duce viața, după vechi modele galice, strașnicul moșneag Colas. Nu ne-ar putea surprinde nici ironia zvîrlită de Erasmus, prin cuvintele autoarei unui roman despre Paracelsus (Rosemaire Schuder): „Aproape că-i putem pizmui pe domnii care se ocupă de arta medicinii. Cu atît mai ușor îi este medicului care are de-a face doar cu oamenii, nu cu cuvîntul — lucrul cel mai dificil dintre toate. Se poate lăuda cu izbînzile sale. Marea faimă lui îi aparține, medicului. Neizbînzile sînt îngropate". Vrem să vedem aici răspunderea acută a gînditorului și omului de condei, cel care

în cuvînt vedea piatra unghiulară a tot ce putea fi creație omenească.

Este interesant de studiat comportamentul falsului doctor, al „medicului fără voie". În regia lui Molière personajul nu-și mai încape în propria-i piele, ci tinde s-o îmbrace pe cea a medicului adevărat. Cu cele bune și cu cele rele, pe care i le va atribui peste cîțiva ani autorul, cînd îl va naște pe Diafoirus. Iată confesiunea lui Sganarelle (actul III): „... m-au făcut doctor fără voia mea (...) Aleargă toți la mine din toate părțile; și, dacă lucrurile or merge tot așa, mă bate gîndul să rămîn toată viața doctor. Cred că e cea mai bună meserie din lume; pentru că, ori faci bine, ori faci rău, plata e tot aia. Nu dai seama nimănui dacă o scrîntești. Și croim cum ne place în pielea bolnavului. (...) În sfîrșit, partea cea mai frumoasă a meseriei noastre e că sînt morții ăștia de-o cumsecădenie! Și știu să-și țină gura ca nimeni pe lume! O dată nu s-a pomenit să se plîngă vreunul de doctorul care l-a omorît" (în traducerea făcută de Sică Alexandrescu și Mircea Ștefănescu). Iată adus în scenă șarlatanul lipsit de scrupule, îngîmfat de abilitatea de a ști să inducă în eroare pe cei care suferă (reală sau imaginară, suferința tot suferință rămîne!), preocupat de meschinele sale interese. Altoiul acesta nu poate însă prinde la personalitatea medicului adevărat, educat și crescut în respectul față de cîteva valori sacre ale umanității.

Teatrul lui Molière ne face să rîdem și astăzi. Poate mai mult ca în vremea lui, ne face să și medităm. Personajele sale nu reflectă, ca în orice satiră și comedie burlescă, cu fidelitate, viața reală. Trăsăturile lor sînt mult îngroșate dar gîndurile atribuite lor, chiar atunci cînd nu sînt verosimile — și cu siguranță, de multe ori nici nu sînt — au totuși darul de a ne pune în gardă față de unele racile care n-au lipsit și nu lipsesc din lume, în discuția noastră, din lumea celor învestiți cu apărarea sănătății și cu securitatea vieții. Nu de oameni a rîs Molière, nu de medici, nici de bolnavi. De păcatele lor! Și chiar numai de amenințarea posibilă a acestor păcate. Cu el vom rîde și noi, medicii, cît timp nu ne vom recunoaște în vreun fel printre personajele sale.

VAN GOGH ȘI OBSESIA SĂNĂTĂȚII

Dosarul Van Gogh este imens. Puțini sînt artiștii despre care s-a scris atît de mult, puțini sînt bolnavii care s-au bucurat de un interes atît de acut din partea contemporanilor și a posterității. Este adevărat că sînt puțini oamenii care și-au scris cu mîna proprie atîtea file de istorie. Moștenim de la Vincent Van Gogh 875 picturi în ulei și 1101 desene (inventariate în 1970). Au rămas de asemeni 652 scrisori, cele mai multe și cele mai copleșitoare scrise către fratele său Théo. Despre acestea spunea Eugen Schileru: „Chiar dacă Van Gogh n-ar fi pictat nimic, ci ar fi fost doar autorul acestor 652 de scrisori, existența sa dramatică, viața sa de o înaltă exigență morală ar constitui un exemplu demn de a fi cunoscut, iar scrisorile sale o hrană spirituală, o lectură aptă să-l determine pe cititor să gîndească la obligațiile sale morale". Ele constituie totodată un material extrem de prețios pentru a înțelege modul în care boala ce l-a măcinat s-a reflectat în sensibilitate și inteligență. O astfel de fișă clinică este cu siguranță unică. Talentul de observator, puterea de analiză introspectivă, luciditatea, stilul expresiv și colorat oferă șansa extraordinară a reconstituirii unei vieți trăite în cea mai incandescentă fracțiune a ei la limita dintre sănătate și boală.

Ca un semnal prevestitor, în iulie 1880, într-o scrisoare din Borinage, găsim: „Un studiu foarte necesar este medicina; aproape că nu-i om să nu se străduiască să știe cît de cît în această privință, și să nu caute să priceapă măcar despre ce e vorba și uite că eu nu știu încă absolut nimic". Era un moment cînd personalitatea artistului abia se închega. Pentru ca într-una din ultimele sale scrisori, cea din urmă adresată mamei sale, să găsim un alt comentariu: „Îmi pare foarte bine că Wil se duce să lucreze la spital și că — după spusele sale —

operațiile îi plac; tocmai fiindcă ea își dă seama de valoarea mijloacelor care-i stau la îndemnă ca să micșoreze suferința și fiindcă e mare numărul medicilor care fac ceea ce se cuvine să fie făcut, în chip simplu, cu pricepere și cu bunătate." Contactul cu lumea spitalelor îi va adînci cunoașterea de oameni: „Te asigur că cele cîteva zile de spital au fost foarte interesante și, cine știe, poate că învățăm să trăim de la oamenii bolnavi" (ne găsim în ianuarie 1889, după prima criză, cea care se soldase cu tăierea urechii). Pentru ca, ceva mai tîrziu, în mai, la Saint-Rémy, să mediteze: „Voiam să-ți spun că, după cum am impresia, bine am făcut venind aici, în primul rînd pentru că, văzînd realitatea vieții nebunilor sau a diferiților inși atinși de țicneală din această menajerie, mă eliberez de teama nedeslușită, de frica pe care mi-o provoacă boala aceasta. Și încetul cu încetul pot ajunge să privesc nebunia ca pe o boală ca oricare alta" (traducerea Constanța Tănăsescu, Ed. Meridiane, 1981). Această intuiție va fi confirmată de progresele psihiatriei moderne pentru că, într-adevăr, nebunia este o boală, ca și altele, în mare măsură controlabilă și curabilă prin tratament. Pe atunci însă resursele medicinii erau penibile. Limitelor sale de la sfîrșitul secolului trecut le putem dar imputa moartea timpurie a marelui artist, într-o etapă de fertilitate și creativitate neegalată, ca urmare a destrămării speranțelor pe care mereu și le reconstruia, după fiecare criză, lucid, temător de perspectiva nebuniei iremediabile și a pierderii rostului său în viață: pictura.

Prin natura sa, Van Gogh s-a bucurat de multă robustețe și se măgulea pînă tîrziu considerîndu-se încă „un țăran". Pasiunea artei l-a absorbit însă întru totul, ducîndu-l dincolo de limitele rezistenței biologice. A acceptat deliberat riscul. De la Haga, îi scria fratelui său la sfîrșitul lui 1883: „socotesc că pot spune că trupul meu o va mai duce un număr de ani, să zicem vreo șase, vreo zece. Nu mă gîndesc să mă cruț, să evit emoțiile și greutățile; mă sinchisesc destul de puțin dacă trăiesc mai mult sau mai puțin. Ceea ce știu însă foarte bine este că am de împlinit în ani puțini o sarcină precisă". În aceeași perioadă, ca urmare a unor semne neliniștitoare produse de surmenaj și lipsă de hrană, se exprima:

„Oameni ca mine nu ar trebui să fie bolnavi. Trăiesc pentru a picta și nu în primul rînd pentru a-mi menține trupul sănătos“ (cf. J. Perruchot). În scrisori, începe să se contureze obsesia sănătății, mijlocul indispensabil pentru realizarea idealului propus: „Dacă dorim să întreprindem ceva, nu mai trebuie să privim cu indiferență problema sănătății noastre; avem nevoie de încă 25—30 de ani de muncă neîntreruptă“. Aflăm acum în această perioadă de studii intense și de prime eșecuri în comercializarea operelor sale că Van Gogh se simte descurajat „pentru prima dată“, că simte nevoia de a-și păstra „toată ardoarea și întreaga energie“, că vrea „să-și refacă sănătatea“, deși, silit să ceară pentru asta bani, consideră jenat că, „dacă vrei, este egoism din partea mea“. Se justifică însă, „ce mai, pictura te consumă“.

Experiența pariziană a însemnat descoperirea impresionismului și deci a culorii eliberate. Van Gogh exultă. Aici începe să se regăsească pe sine. Dar Parisul l-a introdus totodată în viața boemei artiștilor și l-a făcut să cunoască absintul. El singur va mărturisi după ce va fi în siguranță, în sud, la Arles: „Cînd am plecat din Paris eram, fără doar și poate, pe cale de a mă pricopsi cu o paralizie. Și ce mult am avut de suferit după aceea! Cînd am încetat să mai beau, cînd n-am mai fumat atîta, cînd am început să meditez în loc să-mi alung gîndurile — Doamne, ce tristețe și cîtă deznădejde!“ (4 mai 1888). Meditațiile sale asupra condiției biologice a artistului sînt ample. „Dragul meu — îi scrie fratelui său — nevroza noastră etc. este într-o oarecare măsură și urmarea felului nostru de viață, puțin cam prea artistic“ ... Normele pe care le deduce din această observație și pe care vrea să și le impună par limpezi: „dacă vrem să trăim și să muncim, trebuie să fim foarte prudenți și să ne îngrijim. Apă rece, aer curat, o hrană simplă și gustoasă, îmbrăcăminte convenabilă, pat bun și o viață fără necazuri. Și să nu ne lăsăm duși în ispită de femei și de viața cea adevărată în măsura în care am dori-o“. Inventarul „păcatelor“ va fi oare bine memorat de moralist?

Viața de la Arles s-a petrecut într-o permanentă explozie, ca în craterul unui vulcan aprins. Mai întîi era desigur peisajul și lumina strălucitoare a sudului, acum

descoperită pentru prima dată. Visul lui: să plece în sud, „să-și măsoare penelul cu soarele“. După ce îl cunoaște, exclamă: „cei care nu cred în soarele de aici sînt niște nelegiuiți!“, sau altădată, „ce intensitate de culori galbene: este suprema lumină a dragostei“. După ce reușește să transfere această lumină invadantă în pînzele sale, Van Gogh cristalizează un dialog între peisaj și pictură, astfel: „Acum avem o puternică și preaslăvită căldură. Un soare, o lumină pe care în lipsă de altceva mai bun nu o poți numi decît galbenă, un galben deschis de pucioasă, un galben palid de lămîie, un auriu. Cît e de frumos galbenul!“. Pe baza acestei viziuni „în galben“ se va imagina mai tîrziu o interpretare a bolii ce se va manifesta curînd: xantocromia (vedere în galben) produsă de o presupusă intoxicație cu digitală. Lipsesc însă în acest moment entuziast, pur plastic, alte manifestări care ar putea susține diagnosticul.

Concentrarea de lucru la care se condamnă Van Gogh este de neimaginat. Lucrul este totdeauna febril, cei care îl văd rămîn impresionați de viteza cu care pictează. Exploatează sezonul, primăvara și vara, încheind una și două pînze pe zi. Ritmul acesta nu putea rămîne fără efecte. O recunoaște singur: „Cînd mă întorc după o ședință de acest fel, te încredințez că-mi simt mersul atît de obosit, încît dacă se înmulțesc ședințele, așa cum s-a întîmplat la secerișul ăsta, ajung să fiu cu totul distrat și incapabil de o grămadă de lucruri obișnuite“. Surescitarea se prelungește, imaginile sînt prea frumoase, sensibilitatea lui prea avidă; „... diversitatea de culori care mă înconjoară e pentru mine ceva cu totul nou și mă entuziasmează peste măsură de mult. Problema oboselii nici nu se pune, chiar în noaptea ce vine voi mai face un tablou“.

Elanul creației și asceza lucrului îl duc inevitabil la stări de epuizare de care se plînge. Își monitorizează în permanență capacitatea de lucru și o măsoară în inventarul realizărilor: „Zilele astea m-am simțit mai bine cu sănătatea. Acum am terminat două studii noi ...“ „Dacă sănătatea nu mă trădează, voi da gata toate pînzele, și printre ele se vor găsi și cîteva care ar putea să meargă“. Se penalizează lucrînd forțat ori de cîte ori are momente, impuse, de relaxare: „Voi lucra la tabloul acesta

toată ziua de mîine...“ În ciuda optimismului pe care îl afișează, se strecoară însă lent temeri pentru viitor: „Nu sînt bolnav, dar voi deveni fără cea mai mică îndoială dacă nu mă voi hrăni bine și dacă nu voi renunța pentru cîteva zile la pictură“. În altă parte, revine: „am avut o clipă impresia că o să mă îmbolnăvesc“, iar într-o perspectivă mai anxioasă, cugetă: „În viața unui pictor poate că nu moartea e lucrul cel mai greu de înfruntat“. Pentru el, va fi boala, întunecarea minții, de care se va elibera singur prin moarte.

La Arles, absintul se bea pe atunci în cantități mari. Era zona cu cel mai mare număr de sinucideri, legate în parte și de acest abuz. Absintul de mult nu se mai fabrică. A dispărut din cauza efectelor sale toxice. Nu era altceva decît un alcoolic concentrat pregătit pe baza unui amestec de 15 plante. Componentul principal era *Artemisia Absinthium,* care conține un puternic excitant psihic și convulsivant, thujonul. Artiștii îl utilizau cu preferință, tocmai din cauza acțiunii excitante, stimulatoare, a potențării imaginației și îndrăznelii. Genera însă totodată crize psihotice cu pierderea controlului rațional, cu manifestări de multe ori agresive și delirante. S-a făcut o analogie între acest drog preferat al boemei secolului trecut și psihedelicele epocii noastre. Van Gogh uită de învățămintele moralizatoare cu care venise de la Paris. Are însă probabil sentimentul de culpabilitate. Pictînd „Cafeneaua roșie“, în culori tari, conflictuale, comentează că ea pare locul unde se poate petrece o crimă. Mai tîrziu, în cursul spitalizării de la Saint-Rémy, fiecare din învoirile de a reveni la Arles se va solda cu o nouă criză, prilej justificat de a se invoca abuzul circumstanțial de alcool cu prietenii de aici.

Se mai găseau la Arles și... arlezienele. Spune probabil ceva și acel bizar gest de a oferi unei prietene de noapte, Gaby, urechea pe care și-o tăiase singur. S-a încercat aici o analogie cu ritualul tauromahic de a se oferi „doamnei inimii“ urechea tăiată de la taurul învins.

Conflictul conceptual și comportamental cu Paul Gauguin, prietenul iubit pe care îl invitase cu căldură la el, în „casa galbenă“, viitor „atelier al sudului“, își are

desigur contribuția sa în ecloziunea bolii. Ce rol va fi împlinit și vestea logodnei fratelui Théo?

Predispoziția de teren rămîne fără îndoială puternică. Este un factor pe care singur îl scoate în relief: „... dar e și o moștenire fatală... Ia-o pe sora noastră Wilhelmina, ea nici n-a băut și nici n-a chefuit, și totuși noi cunoaștem un portret de-al ei unde are privirea unei nebune“.

Obsesia sănătății devine tot mai mult obsesia bolii, mai exact, frica de nebunie. Privind un portret făcut de Gauguin, comentează: „Sînt într-adevăr eu, dar eu ajuns nebun“. Într-o scrisoare din cursul verii, nota, preocupat: s-ar putea ca într-o bună zi să am o criză“. Acum, în plină iarnă, simte nevoia să-și afirme integritatea, scriind pe unul din pereții casei: „Eu sînt Sfîntul Duh! Eu sînt sănătos la minte!“. Drama va exploda în ajunul Crăciunului 1888.

Viața lui Van Gogh devine de aici înainte viața unui bolnav amenințat de neprevăzute și uneori previzibile recăderi. Toată tensiunea se va concentra pentru el în jurul spaimei de revenire a crizelor. În fazele de liniște pictează tot atît de lipsit de măsură ca și pînă aci. „Lucrez pe brînci în camera mea, ceea ce îmi face bine și-mi alungă, după cum am impresia, gîndurile negre“. Perspectiva recidivei nu-l temperează: „Voi continua să lucrez pe brînci, iar apoi, dacă nu-mi revine criza spre Crăciun vom vedea...“ (septembrie 1889, Saint-Rémy). Disciplina odihnei impusă de medici îl revoltă adesea. Alteori este însă silit să o accepte, starea lui împiedicîndu-l să picteze. Trecerile sînt bruște și cu atît mai dureroase: „Lucrul mergea bine, ultima pînză cu cîteva ramuri înflorite — ai să vezi, e poate ceea ce am lucrat cu mai multă răbdare și mai bine, pictat totul cu calm și o mare siguranță a tușei. Iar a doua zi, la pămînt — ca un animal“ (aprilie 1890). Supravegherea din ospicii îl face să se simtă un prizonier: „Te asigur că nu-i un fleac să te resemnezi a trăi sub supraveghere... Toate astea mi-au săpat o mulțime de riduri care nu se vor șterge prea curînd“ (mai 1890).

Conștiința de bolnav psihic a lui Van Gogh nu-l alterează, pentru un timp. Constată cu candoare: „ceea ce mi se pare uimitor atunci cînd compar starea mea de

astăzi cu cea de acum o lună. Știam bine, mai înainte, că-ți puteai rupe mîinile și picioarele și după asta îți puteai reveni; nu știam însă că-ți puteai vătăma creierul și că-ți puteai reveni chiar și după asta. Mai stăruie bineînțeles un anumit „la ce bun să-ți revii" în uimirea pe care mi-o provoacă o vindecare în curs pe care n-aveam cutezanța s-o sper" (28 ianuarie 1889). Altădată frizează cinismul și abuzează cu cruzime de termenii „nebun", „nebunie". Iată, scris în aceeași scrisoare de mai sus: „... și dacă e vorba de lucrul unui nebun cu atît mai rău".

Pentru Van Gogh boala rămîne totuși un coșmar îngrozitor. Ceea ce îl menține în viață este nădejdea că odată se va vindeca sau că vor rămîne printre „crize" răstimpuri de liniște în care să-și poată duce la cap opera începută. Această luciditate cu care se privește pe sine, ca pe o gînganie din insectar, este ieșită din comun. Notează, undeva: „halucinațiile acelea insuportabile au încetat totuși, reducîndu-se acum la un simplu coșmar..."; sau, „ce vrei, am momente cînd sînt posedat de entuziasm sau de nebunie sau de darul profeției ca un oracol grec pe trepiedul său"; „adevărul e că atunci cînd se pornesc crizele nu sînt nicidecum amuzante".

Prin compasiune și înțelegerea suferinței celor alături de care stă de acum înainte, Van Gogh umanizează nebunia, o desacralizează, încercînd să-i atenueze rezonanța. E poate ironic dacă scrie „nebunia e salutară, devii poate mai puțin exclusivist", boala însă rămîne pentru el o suferință: „i-am scris acum cîteva zile și surorii noastre că toată viața mea sau aproape, am urmărit cu totul altceva decît o carieră de martir". Decorul nu poate fi deloc încurajator și iată-l schițat într-o scrisoare datînd din 25 mai 1889: „Sala în care stau în zilele ploioase e ca o sală de așteptare de clasa a III-a dintr-un sat unde nu se întîmplă nimic, mai cu seamă că există cîțiva onorabili alienați care poartă tot timpul pălărie, ochelari, baston și haine de voiaj, ca și cum ar pleca la băi, și care țin locul călătorilor... Există aici unul care țipă și vorbește mereu, așa cum am făcut și eu timp de 15 zile...".

Bolnav, își recapătă speranța cu fiecare semn de liniștire: „acum însă această groază de viață e mai puțin accentuată, iar melancolia mai puțin adîncă". Se fericește la ideea că arta rămîne totuși accesibilă: „Ei bine eu, cu boala mea mintală pe care o am, mă gîndesc la atîția alți artiști moralmente suferind și-mi spun că boala nu mă împiedică să-mi fac meseria de pictor ca și cum nu s-ar fi întîmplat nimic". Se îmbărbătează cît poate, făcînd o veritabilă autopsihoterapie". Știu însă cu toată certitudinea că vindecarea — dacă dai dovadă de curaj — vine dinlăuntrul tău, datorită unei adînci resemnări în fața suferinței și a morții, datorită renunțării la propria-ți voință și la amorul tău propriu".

Ceea ce rămîne dominantă este totuși spaima! Acest sentiment se strecoară repetat printre rîndurile scrisorilor lui Van Gogh în această perioadă de final. Și, împletită cu ea, infuzată cu toată energia de care poate dispune un suflet strivit, nădejdea în redobîndirea sănătății. Alternanța între cele două stări se face repede iar atunci cînd spaima va rămîne singură, nimicitoare, va urma gestul deliberat în timp și pregătit cu minuțiozitate, sinuciderea. Scrie de exemplu, „... găsesc că boala mea e îngrozitoare...", „acum, în fața suferinței din timpul crizelor mă simt tot așa, cuprins de frică, și nu știu încă dacă zelul meu e altceva decît ceea ce spun, ca zelul celui care vrea să se sinucidă și găsind că apa e prea rece, luptă din răsputeri ca să ajungă la mal". Cedarea se va face însă tîrziu. Van Gogh nu vrea să dispere: „nici chiar în fața unei boli ce-ți ia mințile sau te umple de îngrijorare, credința aceasta nu se clatină nicidecum". Luptă mereu cu sine, își dezvoltă noi virtuți, care îi erau pînă aci străine: „... trebuie să mă înarmez cu răbdare". Înregistrează fiecare progres în evoluție: „Cu sănătatea o duc totuși cît se poate de bine și mai și pictez cîte puțin" (2 mai 1889); „Dl. Peyron mi-a repetat iarăși că sănătatea mi s-a îmbunătățit în mod considerabil și că e plin de speranță", (octombrie 1889); „Deocamdată starea ceva mai mulțumitoare a sănătății mele se menține, criza aceea îngrozitoare a dispărut ca o vijelie, și muncesc cu o calmă și necurată ardoare (...) Am în lucru o pînză cu niște trandafiri pe un fond ver-

de-deschis și două pînze înfățișînd mari mănunchiuri de irișI violeți (...") (mai 1890).

Prin geografia ei, boala lui Van Gogh străbate trei ținuturi: sanatoriul din Arles, cel din Saint-Rémy și localitatea Auvers-sur-Oise, unde stă sub observația doctorului Gachet. Calendaristic, trei epoci inegale, prima și ultima de numai cîteva luni, cea de a doua de un an împlinit. Pare ciudat, dar etapa de la Auvers-sur-Oise revine în scrisorile pictorului la tonalitatea epocii arleziene de început. Referirile la boală sînt acum doar ocazionale. Domină abundent problemele artei. Și iată cum scrisoarea care a fost găsită la Van Gogh, de fratele său sosit după ce glontele fusese tras, duminică 27 iulie, nu deschide nici o sugestie asupra evenimentului care a urmat. Este adevărat, sînt aci multe paranteze: „aș fi vrut să-ți scriu despre foarte multe lucruri, dar îmi dau seama că ar fi inutil", „înainte de a avea norocul să vorbim despre afaceri cu mintea mai clară, o să mai treacă probabil multă vreme". Iar cîteva zile mai devreme scria: „Mă aflu într-o dispoziție sufletească de prea mare calm aproape". Pistolul fusese văzut la el cu mai mult timp în urmă.

El spusese încă din primele luni ale bolii, într-o scrisoare către Signac: „sînt însă clipe în care nu mi-e deloc ușor să-mi iau iarăși viața de la capăt deoarece în mine mai sălășluiește încă o mare doză de deznădejde. Într-adevăr, neliniștile acelea...". Și tot pe atunci, către fratele său: „iau zilnic doctoria pe care neasemuitul Dickens a prescris-o împotriva sinuciderii. Care constă într-un pahar de vin, o bucată de pîine, brînză și o pipă bună. Nu-i complicat îmi vei spune, și nici nu crezi că melancolia m-ar putea duce pînă acolo, totuși în unele momente — ah, dar..." Gîndul sinuciderii încolțea. Mai erau încă șanse pe atunci.

Încercînd să deruleze retrospectiv existența sa, Van Gogh nu-și reproșează mare lucru. Vede uneori boala ca pe un tribut plătit pentru creația sa. Iată termenii în care se exprimă în 24 martie 1889: „Domnul Rey spune că în loc să fi mîncat în mod îndestulător și cu regularitate, m-am menținut în viață mai cu seamă datorită cafelei și alcoolului. Nu zic că nu, dar adevărat e și faptul că pentru a ajunge la galbenul acela intens la

care am ajuns în vara aceasta, am fost obligat să forțez oarecum nota (...) De ce să nu suport închisoarea sau celula pentru nebuni? (...) Ceea ce vreau să spun e doar faptul că toate astea sînt mai presus de problema bolii și sănătății. Iată deci care a fost prima și ultima pricină a rătăcirii mele. Cunoști versul acesta al unui poet olandez: „Sînt fixat de pămînt prin legături mai mult decît pămîntești". Iată ceea ce am resimțit eu în spaimele mele — în primul rînd — în maladia mea zisă mintală". Adevăratul regret al artistului, declarat, va fi altul: „Am din păcate o meserie pe care n-o stăpînesc îndeajuns de bine pentru a mă exprima așa cum aș dori".

* * *

Boala lui Van Gogh a fost foarte mult comentată de medici și etichetări din cele mai felurite au fost folosite în cursul timpului. Argumentele sînt uneori plauzibile, alteori fanteziste. Primii observatori, la Arles, au fost în contradicție: doctorul Urpar presupunea o „manie acută cu delir generalizat", internul Felix Rey, o epilepsie. La Saint-Rémy, doctorul Peyron opinia pentru cel de-al doilea diagnostic, menționînd și „halucinații vizuale și auditive". Doctorul Gachet, cel care a asigurat asistența în ultima etapă, la Auvers-sur-Oise, un prieten al pictorilor (despre care însă Van Gogh avea păreri ciudate, considerîndu-l la fel de bolnav ca și el), incrimina intoxicația cronică profesională cu terebentină și efectele climei excesive din sud. Observatorii indirecți și mai ales comentatorii de mai tîrziu au vorbit despre epilepsie, demență, psihopatie, psihoză degenerativă, schizofrenie, lues, demență precoce, meningoencefalită, intoxicație cu alcool, camfor, digitală. O analiză mai recentă utilizează expresia de „psihoză episodică", un termen sindromatic în sine, verosimil altfel, cu multiple condiționări, atît ereditare, cît și exogene. Despre camfor se știe că Van Gogh îl folosea ca somnifer, împrăștiat în lenjeria patului. Digitala era folosită în practica epocii ca medicament uzual antiepileptic și sedativ. Planta fusese cunoscută de pictor, care a pictat-o într-unul

din portretele doctorului Gachet. Crizele de agitație maniacală erau descrise de Van Gogh în felurite chipuri: „ideile pentru lucru îmi vin în avalanșă", „febră continuă de a lucra", „o energie extraordinară febrilă", „luciditate teribilă", „imaginile îmi vin ca într-un vis" ș.a. Despre personalitatea sa premorbidă, el însuși recunoștea, într-o scrisoare către sora sa: „noi (este vorba de pictorii impresioniști) sîntem toți mai mult sau mai puțin nevrotici. Asta ne face foarte sensibili la culori și limbajul lor particular . . ."

Lucrările plastice executate în cursul crizelor psihotice s-au pierdut aproape în întregime. Era vorba mai ales de numeroase schițe, simple și fragmentare, reprezentînd combinări confuze între aspecte olandeze și provensale. Se reține, din aprilie 1890, o compoziție în trei versiuni, „Amintire din nord", ca una din puținele picturi în ulei. Arta lui Van Gogh nu a fost arta unui nebun ci arta unui geniu original, pe care și-l revendică postimpresioniștii, foviștii, expresioniștii și în general pictura modernă figurativă. Situația este diferită, cum s-a observat, cu scrisorile sale, concepute în variate momente psihice.

Van Gogh își luase cu multă gravitate responsabilitatea de pictor profesionist. Odată decantat crezul său artistic, el a izbucnit cu toată forța personalității sale: „Trudesc ca un adevărat apucat, simt în mine o poftă nebună de lucru, mai mult ca oricînd", scria într-o perioadă de liniște. Și iritat de interdicțiile pe care le făceau medicii săi, cîrtea: „găsesc că sînt tare imbecil că mă duc să cer voie doctorilor pentru a face tablouri".

Atunci cînd citește cu ochii săi articolul criticului Albert Aurier din Mercur de France, o analiză elogioasă, cu bun temei, Van Gogh își declină meritele și consideră moral ca astfel de laude să se aducă altor pictori. Cînd doctorul Gachet, devenit un prieten și protector, întîrzie să pună într-o ramă corespunzătoare o pictură a lui Guillaumin, Van Gogh are o criză de furie și îl lovește. Cînd i se cumpără la Bruxelles „Via roșie" cu 400 franci de către Dra Anna Boch, singura vînzare în viață, nu satisfacția îl stăpînește, ci preocuparea de a investi rezonabil banii pentru viitoare picturi.

„Tablourile mele sînt aproape un strigăt de spaimă", își confesa aprecierea. Dar ele devin „punctul de atracție al expoziției", după aprecierea lui Gauguin, la Salonul Independenților. În acel timp, artistul trăia momente grele: „mi-am pierdut aproape orice speranță". Și face prima tentativă de sinucidere, ratată, înghițind vopsele toxice de pictură.

Sentimentele de pe urmă n-au fost puse pe hîrtie. Proprietarului său, de la Auvers-sur-Oise, Ravoux, îi mărturisește că „nu mai poate" și că „viața se stinge în el". Țăranii de pe cîmp l-au auzit vorbind singur printre lanuri, în după-amiaza caldă, cînd s-a împușcat: „E cu neputință! Cu neputință!" Aceeași viață chinuită de imposibilități, pînă la urmă. Sănătatea și cu asta capacitatea lui de creație dispăruse. Boala, nebunia, îl copleșeau. Nimic din ce învățase pînă aci nu-i mai putea fi de ajutor. Și la ce ar mai fi slujit?

Vincent Van Gogh nu a fost destul de tare spre a-și permite să-și neglijeze slăbiciunile. Iar medicina, cîtă era, s-a dovedit cu totul neputincioasă.

„À LA RECHERCHE DU TEMPS PERDU" ȘI LIMITELE MEDICINII PE VREMEA LUI MARCEL PROUST

Găsim în Faust, undeva, aceste două versuri: „Zum Sehen geboren / Zum Schauen bestellt", Născut pentru a vedea / Format pentru a zări; să adăugăm încă unul: „Condamnat să scrie", și iată destinul lui Marcel Proust. Spre sfîrșitul ciclului său de cărți, întîlnim în „Timpul regăsit" numeroase confesiuni care ne relevă gîndul marelui scriitor față de opera și viața sa. „Maladia făcîndu-mă, ca pe un aspru duhovnic, să mor pentru lume, îmi adusese un serviciu („căci dacă sămînța de grîu nu moare după ce a fost semănată, va rămîne singură, dar dacă moare — va purta multe roade"), maladia, după ce lenea mă apărase împotriva ușurătății, mă va apăra, poate, contra lenii; maladia îmi slăbise puterile și (...) forța memoriei..."

Atelierul de artist al lui Proust a fost o cameră în care s-a claustrat, iar universul ce se revarsă pletoric în atîtea observații de finețe și sentimente nuanțate, naște dintr-o derulare a vieții consumate pînă la acest punct. „Simțeam îmbulzindu-se în mine o mulțime de adevăruri referitoare la pasiuni, la caractere, la moravuri (...). Opera de artă este singurul mijloc de a regăsi Timpul pierdut. Am înțeles că întregul material al operei literare era viața mea trecută, am înțeles că el venise către mine, în plăcerile frivole, în lene, în tandrețe, în durerea înmagazinată de mine..." Tranzacția pare tranșantă pentru artist: „O, de aș putea, drept ispășire, cînd opera mea va fi fost terminată, atins de o boală fără leac, să sufăr ceasuri îndelungate, părăsit de toți, înainte de a muri!"

Angoasa crizei de timp pare să revină mereu: „Îmi spuneam nu numai oare mai este timp?", dar și „sînt

oare în stare să-mi îndeplinesc opera?" Și singur sesizează: „dar mi-ar trebui multe nopți, poate o sută, poate o mie" (numără în nopți Golgota scrisului său, deoarece, cum spune, „Ziua măcar aș putea să încerc să dorm. Dacă aș lucra, aș face-o numai noaptea").

Să ne imaginăm o scenă descrisă în volumul Guermantes: „... cînd peste cîțiva ani, bătrînul mareșal de Guermantes (...) se opera pe Champs-Elysées, spunînd: Ce copil frumos! și scotea dintr-o bomboniera de buzunar o pastilă de ciocolată". În vara anului 1880, acest copil la vîrsta de 9 ani se întorcea spre casă după ce petrecuse ziua la Bois de Boulogne. Trăsura străbătea cîmpurile înflorite. Erau în floare teii. Deodată îl scutură brusc cîteva chinte istovitoare de tuse, ochii i se înroșesc și lăcrimează. Îl gîtuie curînd sufocarea, privește speriat, se zbate după o gură de aer și pieptul îi șuieră ca într-un coșmar. Învinețit, stă să-și piardă cunoștința. După un timp, la fel de brusc, totul se liniștește. Este începutul unei boli care îi va marca destinul.

Proust făcea parte dintr-o familie de medici. Diagnosticul de astm bronșic s-a stabilit ușor. Renumitul tratat de patologie internă al lui Dieulafoy (1897), sinteză a cunoștințelor medicinii din Franța la sfîrșitul secolului al XIX-lea, privea astmul ca „o nevroză și mai mult, o nevroză aproape totdeauna diatezică și ereditară". Era cunoscută asocierea cu urticaria și apăruse deja definiția. „Astmul este urticaria bronșiilor". Se sublinia alternanța astmului cu nevrozele și se admitea că, în evoluție, el „prezintă toate bizareriile nevrozelor".

Termenul a fost preluat din limba greacă unde „astma" înseamnă „respirație grea" (cuvîntul figurează și în Iliada lui Homer). Primele texte medicale care îl cuprind sînt cele hipocratice. În secolul al XII-lea, Maimonide recunoaște multiplicitatea cauzelor bolii. Paracelsus, în secolul al XVII-lea, sesizează condiționarea externă a astmului. Valorificînd o autoobservație deosebit de pedantă, Van Helmont, în aceeași perioadă, descrie rolul declanșator al unor factori ca praful din locuință și alimentele. John Floyer menționează rolul declanșator al mirosurilor. Conceptul de alergie va fi conturat mult

mai tîrziu, abia în 1907, cînd von Pirquet va descrie reacția de hipersensibilitate la tuberculină.

Cel de anafilaxie, aparține unei perioade și mai tardive, cînd Richet și Portier descriu fenomenul indus experimental prin injecții de extract din steaua de mare: sensibilizarea prealabilă atrage manifestări grave, chiar moartea animalului. Observînd dispnee paroxistică în astfel de situații, ei au sugerat o apropiere patogenetică cu astmul. Demonstrația mecanismului anafilactic se leagă însă abia de numele lui Widal, care în 1914 demonstrează că astmul unui păstor de 47 ani, care trăise permanent cu oile sale de la vîrsta de 12 ani, este indus tocmai de aceste oi. Medicina din vremea lui Marcel Proust nu avea deci un concept nosografic și etiopatogenetic științific. Era lipsită de baza unei terapii raționale și eficace. Consolată, înregistra în expresii aforistice: „Astmul este un brevet de viață lungă!" Cu alte cuvinte, nu mori din cauza lui, dar nici nu te vindeci. Culisele obscure ale genezei astmului erau și ele sugerate în limbajul retoric al epocii: „Nu face astm cine vrea".

Într-un pertinent studiu alergologic, (Antoine Puzio, (Rev. Franç. Allerg. Immunol. Clin., 1981, 1), ni se prezintă următorul profil psihologic al lui Proust: „Existența unei tendințe depresive de nestăpînit: caracter trist, neliniștit, hiperemotiv și anxios, gata de deprimare și mai mult încă, de disperare, respingînd mișcarea, de multe ori astenic și nepracticînd nici un sport, micul Marcel — și chiar mai tîrziu, adolescentul — e un copil maladiv, imatur, dominat de o grijă constantă pentru afecțiune, (...) nu poate adormi fără să primească sărutul mamei". Factorul psihic are fără îndoială un rol favorizant important, dar numai favorizant.

Alergizarea, respectiv astmatizarea, s-a putut produce în legătură cu multe din substanțele cu potențial alergizant din jur. Știm de exemplu că apartamentul pe care l-a locuit multă vreme cu părinții, pînă în 1900 (Paris, 9, Bd. Malesherbes) oferea „un interior destul de întunecat, înghesuit de mobile greoaie, ticsit de perdele, înăbușit de covoare", cum își va aminti un prieten de vîrstă, Ferdinand Gregh. Dar însuși Proust scrie despre o altă perioadă: „Toată ziua o petreceam în camera mea, orientată spre frumoasa verdeață a parcului și liliacul de

la intrare, spre frunzele verzi ale marilor copaci de la marginea apei, strălucind în soare, și spre pădurea de la Méséglise" (Timpul regăsit I). Iar despre Ronsseinville: „... camera de lucru mirosind a stînjenei".

Crizele lui vor surveni adesea în legătură cu ieșirile „în aer curat", căutate ca o speranță. Dar peste tot, universul alergic îl înconjoară, nebănuit, cu agresivitatea lui. Familia merge deseori la sfîrșitul săptămînii la Auteuil, unde așteaptă o grădină întinsă a unchiului după mamă, Louis Weill. Multe vacanțe sînt petrecute în grădina unchiului Jules Amiot. Pășuni și arbori în floare sînt peste tot. „Astmul de vară", „febra de fîn", erau cunoscute în epocă, Dieulafoy apropie acest sindrom de „astmul adevărat", dar de fapt pentru noi, astăzi, el constituie prototipul astmului. A trecut însă de atunci un secol.

Se înțelege de ce ieșirile la țară nu-l protejează pe micul bolnav, cum nici Parisul și cu atît mai puțin spațiul închis de acasă. S-a reținut că el se simțea bine doar pe plajele normande pe care le va frecventa în scop terapeutic de la 13 ani. La pubertate s-a bucurat de o remisiune prelungită în Munții Pirinei. Părea vindecat în perioada 1887—1889, cînd pregătea clasele de retorică și filosofie. Nici o criză pare să nu fi survenit în timpul serviciului militar, la Orléans, în timp ce ele îl pîndesc cu regularitate la Paris, ori de cîte ori vine în permisie. Acest bizar „astm climateric" este bine știut și ține de particularitățile diferitelor regiuni în floră și spectrul pneumalergenilor. Situați devine extrem de alarmantă după angajarea la Bibliothèque Mazarine, unde îl asaltează praful adunat în vechile volume, din această perioadă rămînînd numeroase cereri de concediu. (A. Puzio).

Astmul duce cu timpul la emfizem și crește sensibilitatea la infecție. Boala lui Marcel Proust se va agrava progresiv, obligîndu-l treptat să renunțe în tot mai mare măsură la „ieșirile" sale mondene, atît de mult cultivate. Boala devine de domeniul public. Vom găsi repetat în cărțile sale: „Mai suferiți de sufocări?. Vedeți că aceasta nu împiedică longevitatea?", Sau: „Cum cineva auzind că sînt suferind, mă întreabă dacă nu mă tem să capăt gripa care bîntuia pe atunci...".

Și iată anul 1906, care marchează o întorsătură importantă în viața lui Proust. El se condamnă de acum la o recluziune la pat aproape absolută, în camera sa din apartamentul din Bd. Haussmann. Aici va rămîne timp de 16 ani, obstinat asupra scrisului său. Fuge de curenții de aer și are o adevărată fobie a geamului deschis, din teama de răceală. Interiorul său respectă stilul „fin du siècle", cu draperii și perdele. Aici se condamnă să rămînă închis Proust, ca într-o închisoare bombardată de alergeni. Peste ani, se va imagina o altfel de celulă pentru astmatici, „camera sterilă, fără alergeni", cu aer filtrat. Soluție care va fi însă curînd părăsită, dezamăgind și ea ca multe altele.

Încercările de tratament mai activ nu au lipsit, desigur. Mai întîi, curele climaterice și sanatoriale. Despre ele ne vorbește Proust: „... în timpul anilor îndelungați, pe care i-am petrecut departe de Paris, îngrijindu-mi sănătatea într-un sanatoriu" (referitor la perioada 1916); sau: „Noul sanatoriu în care mă retrăsei nu mă tămădui mai mult decît cel dintîi; și mai trecură mulți ani pînă să-l părăsesc".

Medicația epocii ne apare, sub unghiul de acum, lamentabilă. Dieulafoy depune mărturie, prin tratatul său, despre jena medicinii de atunci: „fumigații de *Datura Stramonium* sau pipe cu frunzele sfărîmate ale acestei plante cu conținut de atropină, țigaretele „antiastmatice", injecții subcutanate de morfină, iodură de potasiu („remediul prin excelență al astmului"), inhalații de pyridină (acum uitată), fumigații de hîrtie nitrată sau nitrit, „tot atît de periculos cît este de greu de manevrat", beladonă, bromură de potasiu ș.a. Mai toate aceste droguri ale vechii farmacopei au fost părăsite din cauza eficienței lor discutabile. Se mai recurge azi la beladonice, ca adjuvant. Opiaceele sînt chiar riguros contraindicate din cauza riscului de asfixie prin deprimarea centrului respirator.

Terapia astmului se va îmbogăți mai tîrziu cu simpaticomimeticele din prima generație, alfa- și beta-mimetice: efedrina a fost izolată în 1887, adrenalina a fost sintetizată în 1904. Cu acestea s-a născut însă și „astmul drogat", care nu mai răspunde la tratament, devine refractar și la celelalte medicamente uzuale. Acest

neajuns se va menține și după introducerea în tratament, în epoca noastră, a generației a doua de adrenomimetice (cu efect selectiv asupra beta-receptorilor: Aludrin, Alupent) și dispare abia cu generația a treia (adrenomimeticele cu efect predominent asupra $beta_2$-receptorilor: Berotec, Salbutamol).

Marcel Proust a fost victima supradozărilor și a efectelor adverse ale unui tratament dezordonat și abuziv, pe care ținea să-l controleze singur. Supradozarea de efedrină și adrenalină produce palpitații, tremurături, neliniște și anxietate. Opiaceele produc somnolență, oboseală, dureri de cap. Ele pot agrava crizele bronhoconstrictive, prin eliberare de histamină. Prudent, Proust s-a ferit să devină opioman. A recurs însă generos la cofeină, pentru a contracara efectele sedativelor luate. A folosit sub toate formele: cașete, sașete, poțiuni, dar mai ales sub formă de cafea (pînă la 4 deodată și 20 pe zi, „tare și caldă", o ceașcă de cafea cuprinde 0,10—0,15 g cafeină). Apar în mod secundar manifestările de cofeinism: agitație, palpitații, nervozitate, insomnii. Lupta lui Proust cu somnul a fost teribilă. În scrisorile sale se pot găsi, ca într-un jurnal clinic, toate tipurile de reacții adverse la medicamentele folosite. Insomniile îl țin treaz uneori chiar peste 50 de ore.

Și atunci? Vom spune: i-a rămas bucuria scrisului! Dar, scrie el: „Cînd mă gîndeam la ceea ce-mi spusese Bergotte: „ești suferind, însă nu ești de plîns, căci ai bucuriile spiritului", înțelegeam cît se înșelase în privința mea! Cît de puțină bucurie îmi oferea această luciditate sterilă!" A fost însă probabil numai o clipă de cădere, pentru că în altă parte, vom găsi scris: „Acolo unde viața te înconjoară cu ziduri, inteligența străpunge o ieșire".

Marcel Proust, judecat după opera sa, a găsit ieșirea. Dar a plătit printr-o îndelungă suferință: „Mă miră cît îmi era de indiferent, însă din ziua cînd picioarele mele tremuraseră atît de tare la coborîrea scării, devenisem indiferent față de orice, nu mai năzuiam decît la odihnă, în așteptarea odihnei celei mari, care, pînă la urmă, avea să vină" (Timpul regăsit II). Și, nu departe,: „Ideea morții se instală definitiv în mine, așa cum face dragostea. Nu pentru că mi-ar fi fost dragă moartea: o

uram". Sau: „Destinul, chiar dacă mi-ar fi acordat încă o sută de ani de viață, și fără infirmități, n-ar fi făcut decît să adauge prelungiri succesive unei existențe tărăgănate, despre care n-ai putea spune pentru ce s-ar mai prelungi și încă multă vreme" (Timpul regăsit, I).

Va fi fost probabil „un bolnav dificil" Marcel Proust în fața medicilor săi. Dar ei, ei cum i-au apărut lui? Un adevăr care nu poate fi contestat găsim formulat în volumul „Sodoma și Gomora": „Medicina nu este o știință exactă". Iar medicii „sînt îndeobște mai nemulțumiți, mai iritați de infirmarea verdictului lor pe cît sînt de bucuroși de executarea lui" (într-o paranteză, scriitorul va avea grijă să menționeze și putem fi siguri, nu dintr-un gest protocolar ci din convingerea pe care o avea: „bineînțeles, nu e vorba de toți, și nu omitem, mintal, excepțiile admirabile").

Scriitorul își păstra totuși, chiar în izolarea pe care și-a impus-o, legăturile sale de suflet. „Pe puțin, atîți prieteni pe care nu-i văzusem de atîta vreme îmi vor cere probabil să nu mă mai retrag în singurătate și să le dedic lor zilele mele" (Timpul regăsit, I). A și făcut-o. Moartea s-a produs, la cei 51 de ani, așa cum este regula bolii, într-un puseu de infecție pe care a contractat-o într-o seară rece și umedă de octombrie, în toamna anului 1922, cu prilejul ieșirii la o invitație. Proust a murit în 18 noiembrie. Astmul îl însoțise 42 de ani.

Avem azi alte concepții și alte posibilități terapeutice decît pe vremea lui. Care ar fi fost oare destinul lui Proust, ca și contemporan al nostru? L-ar mai fi dus sensibilitatea sa acută, rafinamentul, fragilitatea emotivă, pasiunea lecturilor, talentul de observator în căutarea timpului pierdut?

Astmul rămîne în continuare o dramă. Fiecare epocă ne-a adus noi speranțe și fiecare ne-a făcut să trăim dureroase dezamăgiri. Bolile alergice și printre ele astmul, ca cea mai greu de controlat, au deschis barierele unei noi specialități, alergologia, astmologia. Și totuși rămîn atîtea probleme de rezolvat. Corticosteroizii au adus extrem de mult, salvează oameni, îi putem administra pe termen lung sub forma preparatelor retard. Nu vindecă însă, sînt doar paliative simptomatice. Cromoglicatul disodic (Intal, Lomudal) și ketotifenul (Zaditen) pot preveni crizele astmatice, dacă sînt administrate înaintea contactului cu alergenii cunoscuți. Hiposensibilizarea specifică crește toleranța la alergeni, prelungind fazele de acalmie. Se vindecă însă astmul? Optimismul ne impune să ținem seamă și de această eventualitate, este reală, dar numai în anumite condiții. Marea cohortă de bolnavi rămîn medico- și farmaco-dependenți pe viață.

Poate că astăzi am fi pierdut un mare scriitor. Dar omul ar fi avut cu siguranță mai mult de cîștigat.

Ce așteptăm acum de la viitor? Probabil detectarea claselor cu risc și înscrierea celor expuși într-o „nișă de protecție". Și dacă boala s-a produs, sperăm într-o mai eficace modificare a reactivității. Resursele? Un alt miraj al medicinii.

UN MOMENT TRAGIC: MEDICII CARE AU UCIS UMANITATEA

Una din paginile cele mai penibile și mai blamante din istoria medicinii, singura de fapt, obsesie a unui „sistem" aberant, a fost scrisă de grupul de medici naziști care au inițiat și efectuat „cercetări experimentale" pe deținuții din lagăre. Dimensiunea adevărată a acestei activități antiumane, contrarie oricăror precepte ale codului de etică și deontologie medicală, nu a fost cunoscută decît cu prilejul procesului de la Nürnberg al criminalilor de război. Reacția față de medicii judecați și condamnați cu acest prilej a fost, cum era de așteptat, fulminantă. Nenumărate articole și volume întregi au scos la lumină fapte de neimaginat, analoage unora din formele cele mai rafinate și mai sadice de tortură. Titluri cum sînt „Asasinatul sistematic", „Crucea încîrligată împotriva caduceului", „Doctorii infamiei", „Medicii blestemați", „Răspunderea medicilor germani în tehnica genocidului", „Exterminarea „științifică", incită și astăzi la atitudini de revoltă și indignare. Psihoza nazistă a putut polua și citadela solidă a personalității medicului, așa cum a zidit-o omenirea timp de secole.

Cu prilejul procesului s-a și formulat pentru prima dată un normativ privind experiențele pe oameni, inclus în Hotărîrea judecătorească din 19—20 august 1947. Aceste 10 principii au constituit punctul de plecare al unui cod care va fi elaborat ulterior de Organizația Mondială a Sănătății și care, într-o variantă revizuită, controlează în întregime cercetările de acest gen. Principiile formulate se refereau la: consimțămîntul voluntar al subiectului uman, caracterul indispensabil al experienței și perspectiva furnizării unor rezultate practice pentru omenire, întemeierea pe date obținute în prealabil pe animale, excluderea oricărei suferințe și

leziuni fizice sau mintale, excluderea riscului de mortalitate și invaliditate (acceptabil doar pentru autoexperiențe), beneficiu depășind evident riscul asumat, efectuarea experienței de către persoane calificate, luarea măsurilor de prevenire a unor efecte negative, posibilitatea întreruperii libere de către subiect a experienței, obligația cercetătorului de a întrerupe experiența dacă apar pericole.

Deducem că toate aceste reglementări urmăreau să prevină pe viitor comiterea abuzurilor de felul celor înscrise în însăși obiectivele lor. S-a și hotărît ca toate „dosarele de cercetare" să rămînă nepublicate. Aceste experiențe din lagăre au fost excluse din patrimoniul științific. Dar au avut oare, ele, la vremea lor, o valoare științifică? Au fost ele proiectate conform standardului oricărei cercetări veritabile? Sau au fost doar jocuri fanteziste ale unor minți dezechilibrate, fascinate poate de descoperire dar incompatibile în realitate cu ea?

Folosind datele cuprinse cu deosebire în cartea „Medicii blestemați" a lui Christian Bernadac (Ed. Pol. 1970), am încercat să structurez cîteva din experiențele relatate, sub forma unor lucrări științifice, pentru a face posibilă o evaluare euristică. Acceptarea ca protocol de lucru n-ar fi posibilă pentru nici una din ele, din cauza încălcării normelor etico-deontologice de astăzi. Să ne imaginăm, totuși, paginile unei astfel de publicații „științifice" ...

*

* *

„Cercetări privind posibilitățile de supraviețuire a naufragiaților în mările nordice"

Problema și ipoteza de lucru. În timpul războiului armata germană a înregistrat o statistică deplorabilă a salvării aviatorilor siliți să-și abandoneze avioanele avariate în lupte aeriene. În depoziția sa la procesul de la Nürnberg, generalul medic Hippke declara: „Aviatorii căzuți în mare mureau de frig cu toate hainele lor călduroase; aviatorii pescuți vii, mureau de asemenea, cu toate că li se dădeau medicamente și îngrijiri și erau

înveliți în pături calde. Marina avea, de asemenea, experiența naufragiaților readuși vii pe uscat și care apoi mureau. Era o enigmă... De ce oare acești oameni nu-și reveneau? De ce oare starea lor se agrava treptat, pînă ce mureau? Erau toți fără cunoștință și țepeni, dar încă vii. Se stingeau, iar noi nu înțelegeam de ce."

Dr. Proweltz și colaboratorii (de la Departamentul armatei aerului) au făcut unele cercetări pe cobai și porci. Concluzia: procentul de salvare a animalelor înghețate crește dacă se face o încălzire rapidă, prin imersiune repetată în apă de 45 și chiar 60°. De aici „cercetările" au fost continuate pe om, la indicația lui Himmler. (Dacă experimentul pe om se impunea la acest punct în care se sugera o metodă terapeutică nouă, revoluționară, verificarea s-ar fi putut face pe bolnavi de tipul menționat, cu prudența inerentă experimentului pe om).

Material. S-a folosit un lot de 80 deportați din lagărul Dachau. (problema consimțămîntului nu s-a pus).

Metodă. Cercetările au fost conduse de un specialist cunoscut, profesorul de fiziologie Dr. Holzlöhner, inventatorul unui combinezon de zbor anti-ger. Subiecții au fost introduși într-o cadă de lemn plină cu apă în care pluteau cuburi de gheață. Au fost monitorizați mai mulți parametri fiziologici. Relatările martorului Michialowsky (de la același proces) arată: „Mi s-au fixat niște sîrme în spate, apoi în rect și m-au obligat să-mi îmbrac din nou cămașa și pantalonii, apoi o uniformă de aviator, o pereche de cizme îmblănite și un combinezon de zbor. Mi s-a fixat sub ceafă o cameră umflată cu aer; firele au fost conectate la aparate și am fost aruncat în apă... Mi-am păstrat cunoștința cam vreo oră și jumătate. În timpul acesta, temperatura mea scădea la început încet, apoi mai repede; la început 36,7, apoi 33 și la urmă 30. În acest timp mi se lua sînge din ureche la fiecare 15 minute... Am simțit că mor... atunci doctorul mi-a dat cîteva picături dintr-un lichid necunoscut, dulceag, după care am leșinat. Cînd mi-am revenit, stăteam întins pe o targă, acoperit cu pături, iar deasupra mea erau lămpi care încălzeau".

Rezultate. Toți subiecții au fost scoși vii din baia înghețată. Atunci cînd durerile deveneau „de nesuportat", s-au administrat anestezice. În timpul tentativelor

de reîncălzire au murit „15 sau poate chiar 18" (declarația unui component al echipei de experimentare). S-a apreciat că „scopul a fost atins și este inutil să se mai continue experiențele".

Concluzii. „Un naufragiat pescuit continuă să se răcească după ce este scos din apă, ceea ce explică numeroasele cazuri de moarte înregistrate după salvare. Omului trebuie să i se facă imediat o baie caldă, acesta fiind singurul mijloc de supraviețuire."

(Experiența aceasta, care putea fi evitată, ca inutilă și dăunătoare, soldîndu-se cu chinuri mari și cu moartea a cca 1/5 din subiecți, are și un *epilog* de coșmar. Rămas singur, fără conducătorul oficial, Dr. Rascher, își va continua experiențele pe cont propriu. Tehnologia folosită de el va deveni o modalitate originală de tortură, „tortura piscinei înghețate", „tortura prin expunere la ger". Pe această cale s-a ajuns pînă la scăderi ale temperaturii corpului la 25°. Țipetele victimelor obligau uneori la injecții de Evipan. Numărul morților a fost de peste 80).

*
* *

„Cercetări privind posibilitățile de salvare a aviatorilor siliți să se parașuteze de la mari altitudini".

Problema. În cursul celui de al doilea război mondial, avioanele au atins nivele de zbor de peste 10 000 m. Nu exista însă o soluție pentru salvarea aviatorilor care trebuiau să-și părăsească aparatele la mari altitudini, rămînînd amenințați — în lipsa măștii de oxigen — la răul de altitudine. Se făcuseră peste 10 000 de autoexperiențe pe un grup de cercetare condus de colonel S. Ruff, la Centrul Experimental al Luftwaffei. S-a atins însă un punct periculos și s-au înregistrat două accidente mortale. Himmler recomandă continuarea cercetărilor pe deținuți din lagărul Dachau. Răspunderea oficială este încredințată Dr. Romberg de la Centrul Experimental. Execuția cercetărilor revine Dr. S. Rascher. (Lipsește o ipoteză privind modalitatea de prevenire a decesului).

Material. Lotul oficial a fost alcătuit din 10 „voluntari" (sub promisiunea eliberării), care au fost bine tra-

tați și care urmau să fie prezentați observatorilor experți. A existat însă și un lot clandestin de 180—200 deportați (primul lot era alcătuit dintre deportații germani, acesta din toate celelalte naționalități). Cu aceștia s-a lucrat fără martori și a doua zi erau executați (dacă supraviețuiau).

Metodă. Subiecții au fost expuși la altitudine simulată în camera de joasă tensiune. Condițiile create puteau ajunge pînă la cele ale zborurilor la 22 000 m.

Rezultate. Din „protocolul de cercetare" rezultă că scoaterea măștii de oxigen la un nivel simulat de 15 000 m altitudine produce brusc „simptome grave ale răului de altitudine, convulsii spastice, opistotonus, pierderea cunoștinței"; la 4300 m „brațele sînt întinse, țepene, înainte...; la 6000 m, „relaxare, contracție, relaxare". Cînd „parașutistul e gata să atingă pămîntul" (după 20 minute), „urlă spasmodic, își mușcă limba". Urmează o lungă perioadă de confuzie și areactivitate. Nu-și va reveni decît 24 ore mai tîrziu"... (Atunci intervine experimentatorul: „foarte bine, amice, poimîine o luăm de la început").

Au murit peste 70 din subiecții experiențelor, mai obișnuit prin embolie gazoasă.

Concluzii. Că omul moare în lipsa oxigenului la o presiune atmosferică joasă? Lucrul acesta era de multă vreme știut. Însuși conducătorul experimentului, Dr. Romberg, l-a apreciat ca inutil, deoarece „lansarea se face în cădere liberă la această înălțime, or, simularea era artificială, creșterea presiunii se făcea mult prea lent, ca în căderea cu parașuta deschisă".

(Deci, o experiență inutilă, periculoasă și fără nici o valoare științifică. De remediul urmărit inițial, s-a uitat „în focul cercetării". De fapt, un pseudoexperiment, mai real, o nouă tortură).

* * *

„Cercetări asupra eficienței unor vaccinuri de fabricație diferită contra tifusului exantematic".

Problema. Campania din Rusia a atras o epidemie de tifus exantematic încît s-a impus imunizarea preventivă. Cantitatea disponibilă de vaccin era însă insuficientă și se urmărea realizarea unui nou tip de vaccin, printr-o tehnică mai simplă și mai ieftină, întrucît experiențele pe animale nu au fost decisive în evaluare, s-a decis continuarea lor la om. S-a ales în acest scop baraca 46 din lagărul Buchenwald.

Material. Au fost folosiți cca 100 deportați.

Metodă. S-a realizat într-un prim timp tifusul exantematic prin injectarea intravenoasă a 2 cc sînge proaspăt de la bolnavi cu forme virulente de boală. Mortalitatea prea ridicată a impus reducerea dozei de infecție la 0,10 cc. Din cauza pasajelor, virulența rickettsiei Prowasecki s-a augmentat și mortalitatea a rămas totuși ridicată și la această doză. În al doilea timp, s-au administrat vaccinuri de fabricație diferită: din membrana vitelină a ouălor de găină, din plămînul de iepure, din plămînul de cîine, din ficatul de șoarece. Au fost comparate rezultatele lotului test cu un lot martor (nevaccinat) din 20 persoane.

Rezultate. Mortalitatea a fost de 19 din 20 bolnavi pe lotul martor. Administrarea de vaccin a atras reducerea mortalității, cu diferențe după preparatul administrat (cca 10 tipuri au fost testate). Unul din acestea, produs original al unuia din experimentatori (prof. dr. Eugen Haagen, de la Universitatea Strasbourg, director al Institutului de Igienă) s-a dovedit a fi insuficient atenuat și deci virulent.

Concluzii. „Interesul științific al acestor experiențe era nul sau foarte redus, căci metoda de contaminare era de-a dreptul absurdă. În mod logic, trebuia stabilită valoarea limită a dozei de infectare" (depoziția deportatului Eugen Kogon, care a îndeplinit sarcină de secretar pe lîngă grup).

* * *

Pe lîngă astfel de modele au mai fost cercetate de exemplu, „cauzele care explică rezultatele proaste ale serului antigangrenos preparat în eGrmania". Suspectîndu-se rolul nociv al fenolului folosit ca stabilizator, s-a injectat intravenos unui număr de 5 deportați, de

la „Centrul Experimental de Tifus, Buchenwald", 20 cm de fenol brut nediluat. Rezultat: „ei muriră în timpul injecției, fără a da semne de suferință, în mai puțin de o secundă". Este aceasta o concluzie științifică? Serul antigangrenos conținea o anumită concentrație, mică de fenol, el nu era un fenol brut. S-a pus problema unui experiment test pe animale? Tot astfel, s-a încercat efectul unui produs original (R_{17}) în „tratamentul arsurilor pielii". Testarea lui a atras însă realizarea în prealabil a unor chinuitoare arsuri asupra deportaților din același lagăr. Substanța se va dovedi eficientă și va fi folosită mai tîrziu pe scară largă. Proba experimentală pe animale îi confirmase valoarea. Era un temei științific suficient pentru a fi testată la bolnavii cu arsuri, victime ale bombardamentelor cu bombe incendiare. În cercetarea clinică nu poate fi admisă producerea deliberată de leziuni în vederea testării unui eventual remediu.

Putem noi crede că istoria transplantelor de organe la om va menționa vreodată la loc de cinste pe un anume doctor, urmărit de ideea de a încerca o grefă și care și-a realizat acest „vis", transplantînd un omoplat de la un deținut din lagărul Rawensbrück, unui bolnav (i se păstrează numele, Ladisch), care avea un cancer la acest nivel? Declarația dr. Geohart la Nürnberg precizează: „brațul a fost salvat, omoplatul grefat s-a cicatrizat și pînă în 1945, cancerul nu a mai reapărut" (operația se făcuse în iarna lui 1942).

S-a reținut că Himmler, cel care a deschis era acestui tip de experiment criminal pe om, „avea multe rezerve față de medicina oficială și era extrem de receptiv la orice idei care se opuneau acesteia". Dar s-au putut găsi medici care să-i satisfacă curiozitățile, uneori sadice, alteori obsesive, și mai mult, care să imagineze la rîndul lor idei care să fie introduse într-un program de experimentare. Le condamnă pe toate nu numai, și nu atît, lipsa valorii științifice, cît caracterul lor antiuman.

Și atunci? Odysseas Elytis cîntă: „Nimic să nu vină. Nimic să nu plece. Toate frunțile libere iar ca sentiment un cristal". Ne va convinge oare invitația neoparnasiană ce ni se face? Este desigur doar clipa de răgaz, raza

de echilibru. Pentru că poetul, el însuși, sesizează, atunci cînd străbate cu gîndul mai adînc „Înfiorătoare lucruri poartă pămîntul, iar sufletul și mai înfiorătoare!". Au trebuit să fie și medici printre purtătorii de absurd.

* * *

Reabilitarea unei medicini astfel mutilate și asmuțite împotriva omului de minți delirante tot medicii au înfăptuit-o. Aceia care se găseau însă de cealaltă parte a sîrmei ghimpate, printre deținuți. Ei au și fost numiți pentru tot ce au îndrăznit și-au riscat, pentru viețile lor plătite în schimbul salvării celor suferinzi, „medicii imposibilului". Și despre ei s-a scris foarte mult. Eroismul lor va fi pentru viitor o mostră din virtuțile hipocratice, cu înfățișarea pe care le-a impus-o într-un moment tragic istoria.

Galeria acestor medici-eroi a încercat să umanizeze după slabele lor posibilități condițiile de viață în lagăre și asistența medicală acordată, în mizerabile infirmerii, în parte de ei înșiși. Au încercat să trateze ce se putea trata și cu ce se putea. Au salvat de execuții pe nenumărați condamnați la moarte, invocînd motive medicale. Au mers pînă la reproducerea leziunilor de apendicită acută, prin fricțiuni camuflate, cu eter, în cazul unui deținut, la a cărui „operație" asista bănuitor un SS-ist. Au făcut intervenții chirurgicale în condiții și cu unelte improvizate, mărturie de coșmar a unei „săli de operații" a secolului nostru, numărînd cuțitul de bucătărie, foarfeca de croitor, fierăstrăul de lemne, cuiul de fier, pînză ordinară drept dren ș.a. Iată cadrul în care acești medici lucrau: „Era ca într-o leprozerie. O „curte a miracolelor", unde se putea vedea o varietate monstruoasă de plăgi, rămase necunoscute din evul mediu. Medicii căutau să le lecuiască prin toate mijloacele improvizate cu putință, în timp ce, în spatele lor, bolnavii se străduiau să întrețină supurația pentru a-și prelungi ședera în spital" (din documentele prezentate în cartea lui Christian Bernadac, Medicii imposibilului, Ed.

Pol., 1972). Este o mărturie a lui Gilbert-Dreyfus, profesor universitar. Iată o alta, a lui Jean Laffitte: „Lîngă mine, un doctor introducea o sondă în coapsa găurită a unui biet bătrîn (...) Ceva mai încolo, un bărbat a cărui bluză albă era pătată cu sînge smulgea cu putere din anusul unui schelet, aplecat și urlînd de durere, ceva care sîngera. Pe o masă, un chirurg tăia și rîcîia în pulpa unui pacient, care scotea niște strigăte înfiorătoare. Ici-colo se făcea cîte un pansament, se putea vedea cîte o plagă hidoasă, se consulta cîte un bolnav (...) Într-o găleată, resturi de organe omenești amestecate cu sînge și putreziciune. (...) Vreo doisprezece doctori, chirurgi și infirmieri se ajutau în îngrămădeala de bolnavi și schilozi“ ...

Psihoterapia prestată de astfel de medici urmărea mobilizarea forțelor sanogenetice, stimularea dorinței de a se salva, de a trăi pentru a depune cîndva mărturie despre atrocitățile care se petreceau. Erau greu de inventat încrederea și optimismul în acele condiții în care tortura și moartea se vedeau peste tot. Și totuși, documentele păstrează personalitatea unor medici, dintre care puțini erau de fapt psihiatri, care izbuteau această minune.

Au existat și situații extreme în care a salva însemna a ucide. La Auschwitz, copii nou-născuți la infirmerie erau trimiși împreună cu mama la camera de gazare. Ea era cruțată numai dacă era vorba de un copil mort. Și atunci? Iată o mărturie: „Concluzia era simplă: nu trebuia ca nou-născutul să trăiască. Simțeam toate cît de monstruoasă era această concluzie, care sfida toate legile omenești și morale (...) Într-o zi, am luat o hotărîre. Trebuia salvată cel puțin mama. Dar, ca să ne realizăm proiectul și să facem copilul să treacă drept mort, era neapărat necesar să luăm multiple măsuri de precauție. Căci dacă nemții bănuiau ceva, ne aștepta și pe noi camera de gazare, iar înainte de aceasta poate și torturi“ (Olga Lengyel, „Souvenirs de l'au-delà“, citată de C. Bernadac). Același risc și-au asumat toți cei care au sabotat producția de vaccin anti-exantematic, oferind frontului german un preparat inactiv.

Medicina nu este un cuib cald pentru ură. Și dacă unii slujitori ai ei s-au lăsat prinși în mecanisme aberante inventate de mintea omenească pentru a distruge pe om, s-au ridicat alții care au căutat să împiedice cu toată puterea lor, gestul criminal. Prin această înfruntare, medicina s-a salvat pe ea însăși. Lecția învățată îi va da puteri noi pentru viitor.

CIUMA CA SIMBOL

Citim despre ciumă în *Metamorfozele* lui Ovidiu: „Mai întîi sînt mistuite măruntaiele și flacăra ascunsă se arată în afară prin roșeața pielii și prin respirația grea. Limba se înăsprește și se umflă. Gura uscată stă deschisă în aerul cald și respiră miasmele infectate. Bolnavii nu pot suporta nici așternutul, nici vreun acoperămînt, ci-și întind trupurile pe pămîntul tare. Și nu se răcește corpul de pămînt, ci pămîntul arde de căldura corpului".

Boala stă să dispară din lume. Europa și în general lumea civilizată nu o mai cunoaște de mult. În istoria omenirii a fost însă multe secole una din cele mai mari amenințări. Nu numai prin gravitate, ci și prin difuziunea sa rapidă și largă. Ciuma a fost privită ca una din marile „plăgi" ale antichității, ale mitologiei biblice și ale evului mediu, pînă tîrziu. Dar, „bacilul ciumei nu moare și nici nu va dispare vreodată — meditează eroul romanului lui Camus, dr. Rieux — el poate să stea timp de zeci de ani adormit în mobile și rufărie, așteaptă cu răbdare în odăi, în pivnițe, în lăzi, în batiste și în hîrtoage, și poate să vină o zi cînd, spre nenorocirea și învățătura oamenilor, ciuma își va trezi șobolanii ei și-i va trimite să moară într-o cetate fericită". (trad. Marin și Eta Preda). Este un final de carte care avertizează. Nazismul pe care îl viza autorul, ca într-un pamflet („da, romanul are drept conținut evident lupta rezistenței europene împotriva nazismului", preciza el într-o scrisoare) a murit, dar lupta împotriva lui continuă. Și nu numai împotriva lui, ci omenirea înăbușă, chiar dacă e să accepte sacrificii, tot ce o amenință ca existență și valoare. Simbolul ciumei nu ne evocă numai absurdul și moartea, ciuma este și o învățătură.

În definitiv, nu denumirea are importanță. Drept „ciumă" se înțelegeau în antichitate toate epidemiile grave,

greu de stăvilit. Și în romanul lui Camus, Rieux declară într-un moment de dispută: „Formularea mi-e indiferentă. Nu trebuie să acționăm ca și cînd jumătate din oraș n-ar risca să fie omorît, căci atunci ar fi omorît". După ce apreciase mai înainte: „în ritmul în care se răspîndește maladia, dacă nu e oprită energic, ea riscă să omoare jumătate din oraș în mai puțin de două luni. În consecință, e puțin important dacă dumneavoastră o numiți ciumă sau . . .".

Ce este boala și cine o provoacă s-a stabilit tîrziu. Omenirea a trebuit s-o înfrunte mai înainte de a o cunoaște altfel decît prin ravagiile ce le făcea. În cartea „Samuel", ni se povestește: „Domnul a trimes ciuma în Israel, de dimineață pînă la vremea hotărîtă (termenul era de trei zile!) și . . . au murit 70.000 de oameni din popor". Au rămas în istoria antichității ciuma din Atena, din Roma, din Efes. Metamorfozele lui Ovidiu insistă asupra ciumei din Egina, despre care pune să povestească pe Aeacus: „O groaznică molimă s-a abătut peste popoarele mele . . . Cît timp luna și-a umplut de patru ori discul, unindu-și coarnele și de patru ori în descreștere cercul i s-a șters, austrii calzi au suflat neîncetat cu adieri de moarte. Din aer, vătămarea a ajuns în rîuri și lacuri; multe mii de șerpi au cutreierat cîmpiile necultivate și au infectat apele cu veninul lor. Puterea molimei a apărut cu primă furie între animale".

În cartea lui Camus, acțiunea începe la o dată precisă, „16 aprilie", cînd doctorul Bernard Rieux vede, ieșind din cabinet, „un șobolan mort în mijlocul palierului". Riposta portarului căruia îi vorbește despre acest fapt neobișnuit, pare logică: „cum? dar în bloc nu există șobolani!". Va urma însă avalanșa de șobolani care mor în oraș, peste tot, sub văzul oamenilor, sau care sînt găsiți morți. Farsă, farsă! de ce să ne gîndim la ce e rău? Oamenii fac de multe ori exact invers, ceea ce nu-i poate desigur salva. Pînă cînd, zvonul devine „problemă": „Ce e cu povestea asta cu șobolanii?". Cînd începe neliniștea, situația era deja gravă: „Numărul de rozători strînși mergea crescînd și în fiecare dimineață recolta era mai abundentă. Din a patra zi, șobolanii începură să iasă ca să moară în grupuri. De prin cotloane, de prin

subsoluri, de prin pivnițe, de prin gurile de canal urcau în lungi șiruri care se împleticeau, se clătinau în lumină, se răsuceau pe picioare și mureau aproape de oameni". Numărul lor crește cu miile. Apare acum și primul bolnav, este chiar portarul, Michel, cel care nu voia să admită că șobolanii există, cel care nu accepta amenințarea. Poate tocmai de asta a și plătit. Se înmulțesc bolnavii dar simptomele lor nu sînt luate drept însemnele ciumei. Medicii ezită, nu pot admite tragedia. Lucidul doctor Rieux este singurul care „încearcă să pună cap la cap evenimentele disparate, a căror sens scăpa pînă aci". Temător dar nesigur, propune o măsură prudentă: izolarea. Medicul și-a făcut datoria... Dar medicina, ca instituție oficială? „Nu pot face nimic", se justifică președintele Asociației Medicilor. Sporesc rapid cazurile mortale și se impune pînă la urmă atenției caracterul de epidemie al unei boli care era etichetată nevinovat drept „febră ganglionară". Forma ganglionară, cu adenită supurată — ciumă bubonică — este cea mai reprezentativă.

Evoluția în epidemii a bolii îi imprimă o notă catastrofică. În marele ciclu de epidemii din secolul al XIV-lea, mureau pînă la jumătate și chiar trei sferturi din locuitori. S-au calculat pentru acea perioadă un număr de 25 de milioane de morți în Europa și 23 de milioane în Asia. Au rămas în anale cifrele care au definit epidemia din 1348, adusă din Orient, prin Grecia: cîte o sută de mii de morți la Veneția și Florența, 80.000 la Siena, 160.000 la Roma, 530.000 la Neapole, 500.000 în Sicilia. Trecînd apoi în Franța, ucide o treime din populație, ravagiile continuă apoi în Spania și Anglia, timp de nouă ani (cf. I. A. Candrea, 1974). În secolele care au urmat, valurile de „moarte neagră", cum mai era numită, revin cu aceeași grozăvie: ciuma din Constantinopol 1661 (o mie de morți pe zi), din Marsilia 1720, ciuma lui Grigore Ghica 1735 (în Moldova), ciuma lui Caragea 1813—1814 (în Țara Românească). Poate că ultima mare epidemie să fi fost în Manciuria, în 1910—1911.

Epidemia exista deci, nu se cunoștea însă cauza. Bacilul ciumei a fost descris abia în 1896 de către Yersin (al 12-lea microb identificat!). În cartea lui Camus, fără

această probă directă, lumea medicală nu îndrăznește să decidă, oscilînd hamletian. „Epidemiile într-adevăr nu sînt ceva neobișnuit, dar crezi cu greu în ele cînd îți cad în cap. Au fost pe lume tot atîtea ciume cîte războaie. Și totuși, ciume și războaie găsesc pe oameni întotdeauna la fel de nepregătiți". Este comentariul autorului. Nici intervenția unui medic în vîrstă, dr. Castel, care lucrase în zone cu boală endemică, nu ajută la ceva decisiv. Și pe acolo, atenționează el, „nimeni n-a îndrăznit să le dea pe loc un nume acestor cazuri", nimeni nu îndrăznea să accepte ideea de ciumă. Încearcă să justifice orbirea: „opinia publică, asta e sfînt: fără panică, mai ales fără panică". Și anticipează reacția sceptică a oricărui om de bun simț căruia ai îndrăznit să-i spui enormitatea: „ciumă? a dispărut de ani de zile din țările temperate!". Putem comenta intervenția bunului doctor Rieux: „ce înseamnă asta, a dispărea?" Meditația lui interogativă a fost însă însoțită de un gest din umeri care sugera poate deruta, poate resemnarea. Ambele la fel de condamnabile.

Iată, în sfîrșit, problema s-a pus. Numărul morților însă crește. Sosește și clipa deciziei. Șovăielnic: „Ei, ar trebui poate să ne hotărîm să-i spunem acestei boli pe nume". „Dar care e acest nume?" Vine și momentul luptei cu ciuma. Dar cum să lupți cu ea cînd nu știi dacă e vorba de ciumă sau nu. Puțini o bănuiesc, unii o exclud, alții ezită. Întîlnim în acest punct o generalizare expresivă: „ipotezele în știință ca și în viață sînt totdeauna primejdioase", este vocea oficialității. Duplicitatea e deconspirată de bătrînul doctor Castel: „știm că e vorba de ciumă dar dacă o recunoaștem vor fi necesare măsuri nemiloase și de aceea pentru liniștea noastră n-ar fi ciumă".

Legislația a folosit totdeauna măsuri drastice de izolare. Să ne amintim că Romeo și Julieta n-au murit din dragoste, ci pentru că fratele Ioan mesagerul care urma să le transmită mesajul privind stratagema cu falsa ei moarte, a întîrziat, fiind sechestrat din cauza unei epidemii de ciumă. Și în cartea lui Camus intervine legea. Prefectul înțelege: „ideea dumneavoastră ar fi că, chiar dacă nu e vorba de ciumă, ar trebui totuși aplicate măsurile profilactice indicate pe vreme de ciumă". Și totuși, o

decizie hotărîtă nu se ia. Urmarea? Încep să apară pe străzi „mici afișe albe" care recomandau unele măsuri blînde. Se vor dovedi insuficiente. Sîntem avertizați de autor: „dacă epidemia nu se oprea de la sine, n-avea să fie învinsă prin măsurile închipuite de administrație".

Intervine mai hotărît dr. Rieux, telefonînd autorității că „măsurile sînt insuficiente". El va fi însărcinat să redacteze raportul către autoritatea superioară, „guvernatorul general". Și iată, sosește dezlegarea oficială. O telegramă: „Declarați starea de ciumă! Închideți orașul!". De acum „starea de ciumă" devine o realitate. Era legal. Din acest moment „se poate spune că ciuma deveni problema noastră a tuturor"; sîntem introduși în vîrtejul agitației care va urma. Măsura? Se hotărîse izolarea. Vom avea de a face de acuma înainte cu „prizonierii ciumei", niște exilați în propriul lor oraș, în propriile apartamente, niște oameni „părăsiți într-o gaură", fără șansa de a mai ieși vreodată la suprafață.

În antichitate, și pînă tîrziu în era antibioticelor, nimic decisiv nu era disponibil pentru combaterea ciumei. „Mută de groază acum bîlbîia fără șir medicina" ne spune Lucrețiu (Poemul Naturii) E. R. Dodds (1951) menționează invocarea „puterilor magice" în astfel de cazuri: „Roma fiind lovită de ciumă, fiecărui magician i se atribuie supravegherea medicală a unui sector al orașului; Apuleius reușește să oprească ciuma în 15 zile, Apolonius în 10, iar Iulianus îi pune capăt într-o clipă printr-un singur cuvînt" . . . Mircea Eliade citează pe Bandinus cu ritualurile de apărare folosite prin 1646: „de-a lungul frontierei cu Transilvania se înălța la toate răspîntiile un triapos, făcut dintr-un trunchi de stejar căruia meșterii îi dăduseră forma unei figuri umane cu mîini și picioare. Se spera că ar putea să îngrozească ciuma și s-o împiedice să pătrundă în Moldova. Candrea menționează ritualul cu cămașa ciumei, pe care două femei o poartă în afara satului și o fixează pe o prăjină. Se crede că ciuma se întoarce cînd o zărește. Cămașa era frumos înflorată, nouă. Geneza obiceiului era în observarea transmiterii infecției prin veșmintele mortului, care au început de aceea să fie arse. Și „cămașa ciumei" era aruncată într-un loc părăsit, într-o altă variantă. N-au lipsit incan-

tațiile nici la noi: „Un om negru și o fată tînără neagră cu părul despletit trag o brazdă neagră cu doi boi negri și un plug negru, pentru a împiedica ciuma să intre în sat". Dintr-o poveste populară, selectăm: „De ciumă nu-mi pasă nici atît ca de holeră: am să dau foc la toate gunoaiele, am să șed în fum și las-de mi-i putea face ceva", se laudă ciobanul la care se hotărăsc să vină să-i ia mielul cel mai gras holera, ciuma și moartea.

Lupta cu ciuma nu e ușoară. În Ovidiu, „urgia se întinde chiar asupra medicilor și știința doftoricească devine vătămătoare slujitorilor ei. Cu cît e cineva mai aproape și îngrijește mai cu credință pe un bolnav, cu atît se apropie de moarte . . .". Condamnații la ciumă ai lui Camus par să se adapteze, consolați, absurdului. Tarrou, un personaj complicat, mărturisește undeva: „această epidemie nu mă învață nimic, în afară de faptul că trebuie să lupt alături de voi. Eu știu în mod sigur că fiecare poartă în el ciuma, fiindcă nimeni, da, nimeni pe lume nu este neatins". Din punct de vedere moral, bariera este de acum lăsată. În ciuda celor care gîndeau că nimic nu folosea la nimic și că „trebuie să ne punem în genunchi", grupul de oameni aliniați în jurul lui Tarrou și al lui Rieux știau una: „trebuie luptat într-un fel sau altul și nu îngenuncheat".

Doctorul Rieux ne menține curiozitatea și-i urmărim reacțiile sub reflectorul sub care îl ține pe toată durata epidemiei, autorul. El acceptă riscul și își primește partea lui. Deși are meritul de a fi declanșat mecanismul „oficial" de protecție, a făcut-o destul de greoi, neconvins, șovăielnic. Este un medic de elită și va activa aplicarea unui tratament specific, cu serul anti-ciumă. Uită de sine. Contrar celorlalți concetățeni, care trăiesc drama singurătății („singur în fața cerului"), el trăiește ajutîndu-i pe ceilalți. Își dă seama după cîteva săptămîni extenuante de lucru că „mila te obosește cînd este nefolositoare". La ce ar fi servit mila lui în fața țipetelor unor mame ai căror copii erau bolnavi și pe care ambulanța chemată va veni iremediabil, să-i ducă iremediabil, pentru a muri iremediabil, undeva, într-un spital improvizat. Rămîne puternic. Îl prinde însă și pe el panica, dar a fost numai o clipă, cînd a văzut fața unui om înnebunit: „Curînd nu

vor mai fi decît nebuni între zidurile noastre". Crezul lui este terestru și categoric: „pentru moment există bolnavi și trebuie să-i vindec". Se declară un om de acțiune. Se revoltă împotriva ipoteticei forțe supranaturale, pe care o mai invocă unii: „Poate că e mai bine pentru Dumnezeu să nu credem în el și să luptăm din toate puterile împotriva morții, fără a ridica ochii spre acest cer în care el tace" (i se încercase o pledoarie că medicii luptă împotriva creațiunii, deoarece ei luptă contra bolilor, or, bolile sînt date de Dumnezeu).

Victoriile medicului sînt victorii provizorii întotdeauna, încearcă să-l convingă partenerul său de dialoguri, Tarrou, pe doctorul Rieux. „Totdeauna, știu. Dar asta nu e un motiv să încetezi să lupți". „Nu, nu este un motiv. Dar îmi închipui atunci ce trebuie să fie pentru dumneata această ciumă." „Da. O interminabilă înfrîngere." „Cine te-a învățat toate astea, doctore?." „Suferința." Un onest și un devotat. El nu crede în victorie, dar totuși luptă. Cînd i se cere să definească cinstea, mărturisește: „Nu știu ce este în general. Dar în cazul meu știu că ea constă în a-mi face meseria". Vorbele mari nu-l reprezintă și nici nu-l atrag. Poate de aceea face el distincție între salvare și vindecare; „prima îi pare doar un cuvînt sforăitor, sănătatea însă, „sănătatea este cea care mă interesează". Doctorul Rieux își avea în tot acest timp soția internată într-un spital de tuberculoză. Unde și moare. El ne apare, prin tot ce gîndește și tot ce face, ca un om ca oricare din cei care, „neputînd a fi sfinți și refuzînd să admită flagelurile, se străduiesc totuși să fie medici".

În prezent, ciuma nu mai constituie o problemă medicală. Rămîne, datorită lui Camus, sensul ei simbolic. Să nu uităm că în lupta cu „ciuma", și-au adus și medicii cota lor. Cea mai importantă? Nu asta ar avea cel mai mare interes. Și-au purtat lupta lor, chiar dacă au făcut-o ezitînd sau suferind. Ei au contribuit ca astăzi să nu mai vedem imagini de coșmar ca acestea la care reflecta, îndoit, Rieux: „Atena ciumată și părăsită de păsări, orașele chinezești pline de cei ce trăgeau să moară tăcuți, ocnașii din Marsilia îngrămădind în găuri corpurile ce se descărnau, construirea în Provence a marelui zid care trebuia să oprească vîntul furios al ciumei, Jaffa și

cerșetorii ei hidoși, paturile umede și putrede lipite de țărîna bătătorită a spitalului din Constantinopol, bolnavii tîrîți cu cîrligele, carnavalul medicilor mascați în timpul ciumei negre, împreunările celor vii în cimitirele din Milano, căruțele cu morți în Londra îngrozită, și nopțile și zilele pline pretutindeni și totdeauna de strigătul nesfîrșit al oamenilor".

Omenirea toată, și cu ea medicina, a știut să înlăture rînd pe rînd cauzele care readuceau periodic — prin ciumă — infernul pe pămînt. Rămîne, pentru viitor, suprimarea deplină a oricărei racile de acest gen.

ERADICAREA VARIOLEI PE TERRA, UN SUCCES ÎNCĂ NEREEDITAT

Istoria medicinii a înregistrat în 1977 un eveniment unic: dispariția din lume a unei grave boli, ca urmare a eforturilor metodice desfășurate de organismele de sănătate. Este vorba de variolă. Ultimul caz a fost identificat în Somalia, zona endemică cea mai refractară, în luna octombrie 1977. În același an Comisia Mondială pentru certificarea eradicării variolei a prezentat Adunării Generale a Sănătății un raport care atesta acest remarcabil succes. În baza lui s-a declarat în mod oficial eradicarea bolii de pe întreaga suprafață a pământului. Evenimentul este covîrșitor prin semnificația sa și a deschis generoase perspective pentru soluționarea numeroaselor probleme de sănătate cu care se confruntă omenirea, unele persistînd de secole, altele apărute o dată cu modernizarea societății. Eradicarea variolei reprezintă doar un model de acțiune și ea certifică puterea reală a medicinii de astăzi. Îmbolnăvirea accidentală din august 1978 la laboratorul de cercetări asupra virusului variolei din Birmingham iese din istoria naturală a bolii și asigură doar un avertisment asupra riscurilor care mai pot fi legate de păstrarea culturilor de virus. Perspectiva de coșmar ar putea fi, de exemplu, utilizarea infecției de către minți alienate sau antiumane, exploatarea ei ca armă de război.

Deși cunoaștem și alte nenumărate acțiuni sistematice de combatere a bolilor, succesul cu variola nu a mai fost reeditat. Există o seamă de circumstanțe care au favorizat rezultatul dar și opțiunea pentru orientarea unei intervenții de vîrf anume împotriva variolei. Boala era severă, cu mortalitate ridicată, de cca 25% și cu sechele ireductibile, uneori grave. De aici prioritatea. Exista un vaccin sensibil și eficace, capabil să asigure o imunizare definitivă. Boala era specific umană, fără rezervor animal

și fără vector intermediar, ca multe altele. Virusul era de un singur tip. Toate acestea au permis aplicarea unei metodologii eficace. Vaccinările sistematice la care se recurgea de un secol, costul ridicat al carantinei persoanelor migrante din zonele endemice, dar chiar și investițiile cerute de asistența bolnavilor declarați realizau sarcini financiare prea mari. S-a căzut de acord că eradicarea planetară, oricît ar costa, va fi mai ieftină. Existau modele convingătoare de dispariție a bolii în numeroase zone limitate, unde se aplica de mai mult timp un program științific bine controlat de profilaxie. Și a mai fost ceva: acordul unanim, lipsa oricărei bariere morale, sociale, religioase, politice etc. etc., care în multe alte împrejurări devin factori contradictorii ce se anulează reciproc (un exemplu ilustrativ de controverse ar fi cel al epidemiei actuale de tabagism, alcoolism și droguri).

O.M.S. a păstrat trei centre de referință pentru studierea virusului variolic, supuse unui control deosebit. Toate celelalte laboratoare au fost invitate să-și distrugă culturile de virus. În prezent, în lume, se aplică o strategie de „posteradicare", destinată detectării la timp a unor eventuale cazuri izolate.

Variola a fost cunoscută din cele mai vechi timpuri. Ea a reprezentat una din înspăimîntătoarele „plăgi" sau „flageluri" la care se referă textele antice. A fost o boală „fotogenică", prin erupția pustuloasă care apărea brusc pe corp, cu deosebire pe față și extremități. Cicatricele însemnau pe supraviețuitori pe toată viața. Uneori erau mutilante; dacă era prinsă corneea, se ajungea la orbire. Răspîndirea a devenit cu timpul planetară. Cu 200 de ani înainte, în Anglia, fișa de identitate a cetățenilor putea cuprinde la rubrica „semne particulare" indicația: „fără urme de vărsat".

Cele mai vechi cazuri atestate datează din Egipt, dinastia 18—20: s-au găsit trei mumii cu cicatrici de variolă. În Asia au fost însă colectate cele mai numeroase probe despre epidemiologia bolii înainte de era noastră. S-a putut astfel reconstitui o epidemie printre hitiți, la 1346 î.e.n. India a fost de fapt locul de origine al bolii. Populațiile de pe Gange și Indus constituiau focare endemice pînă în anul 500 î.e.n. Printre zeitățile indiene există una cunoscută ca „vindecătoarea variolei", zeița Shitala

Mata. Iconografia o înzestrează cu un coș cu grîu pe cap, o măturice în mîna stîngă și un vas cu apă în mîna dreaptă. Cînd scutură capul, cad boabele de grîu și se transformă în pustule variolice, cînd folosește măturicea moare bolnavul, cînd aruncă apa vindecătoare microbii se transformă în flori iar bolnavul se vindecă (cf. I. Zăgreanu, 1984). În China, pe la 340 e.n., faimosul alchimist și medic, Ko Hung, scrie despre o epidemie de variolă pătrunsă dinspre vest și evoluînd apoi endemic. Scrierile chineze o semnalează apoi la 583 în Coreea, și peste doi ani în Japonia. Spre sfîrșitul primului mileniu, Al-Razi, un mare medic persan, compune prima scriere despre variolă. În secolul XII circulă în Japonia cartea Isinho, care menționează boala.

Caravanele care străbăteau Sahara spre regatele dens populate din vestul Africii au asigurat difuziunea și în acest continent. Cu islamismul s-a răspîndit și variola. Navigatorii arabi au atins în timp și coastele riverane estafricane. Contaminarea Europei pare să se fi făcut în secolele V—VI și cu deosebire în secolele VII—VIII, cu invazia islamică în Peninsula Iberică. În secolul XVI variola devenise o problemă foarte serioasă pentru țările europene. Ea răspundea de peste 10% din decesele înregistrate la Londra, cota crescînd dramatic în cursul epidemiilor. De unde butada: „de variolă scapă doar aceia care nu trăiesc destul ca s-o aștepte".

Epoca marilor descoperiri geografice a fost și epoca mondializării multor boli infecțioase. Variola a migrat și ea o dată cu navigatorii, într-o perioadă cînd nu existau controale sanitare și nici nu se vorbea de vaccinare. Conchistadorii au avut, s-a subliniat, un bun aliat în variola care a explodat printre americanii nativi organizați în state civilizate, cu o mare densitate de populație, ca în Mexic și Peru. Istoricii au reținut contribuția ei la cedarea rezistenței aztece față de Cortez, și la victoria ușoară a micii bande de conchistadori asupra uriașului imperiu Inca. A dus probabil la suprimarea populației din Insulele Caraibe, care vor trebui repopulate mai tîrziu. O cronică din 1525 cuprinde următoarea însemnare despre Mexic: „Atunci cînd căpitanul Panfilo de Narvaez a sosit în această țară, exista pe una din corăbiile lui un negru

bolnav de variolă, o boală care nu se văzuse niciodată pe aici. Pe acele timpuri Noua Spanie era plină de oameni și cînd variola a început să atace pe indieni, s-a produs o pestilență atît de mare prin toată țara, încît în cele mai multe provincii a murit peste jumătate din populație". Situația a fost mai favorabilă populațiilor de nord, dispersate în triburi. Repetatele contaminări au dus totuși, în timp, la depopularea coastei estice și pe acest continent.

Amenințarea se va prelungi în secolele următoare și pentru noii rezidenți. Generațiile de albi născuți în America vor introduce mai tîrziu carantina corăbiilor cu bolnavi la bord. Măsura nu era totuși suficientă. Epidemiile de variolă amenință confederația irocheză din New York, împing triburile spre vest, influențează bătăliile dintre englezi și francezi. În cursul războiului de independență, epidemia de variolă din armata nord-americană a fost atît de puternică, încît a decis rezultatul și a favorizat aderarea Canadei la coroana britanică.

În Angola boala a fost introdusă de portughezi. În Africa de Sud, de o corabie care se întorcea din India, în 1713, epidemia decimînd pe hotentoții de aici. Boala pătrunde și în interiorul continentului prin negustorii de sclavi. În secolul XIX va deveni endemică. Australia a cunoscut repetate epidemii, cu evoluție timp de cîțiva ani, începînd cu cea din 1789—1791, care a afectat mult pe aborigeni. Extinderea a fost limitată prin măsuri riguroase de carantină.

Pe continentul nostru, războiul franco-german din 1870—1871 a înregistrat zeci de mii de soldați scoși din luptă. La 1900 boala era endemică în toate țările, cu excepția țărilor scandinave, care beneficiaseră de campanii de vaccinare bine conduse, și de Australia, Noua Zeelandă și unele insule din Pacific, care puteau aplica măsuri de carantină față de importul infecției. Primul război mondial a atras însă o explozie epidemică în Rusia și Polonia, ca urmare a mișcărilor de populație și a condițiilor igienice proaste. Au fost apoi cuprinse Germania, Austria, Italia, Portugalia, Suedia. Cazurile declarate în 1919 au fost 300.000 la număr. În cursul celui de al doilea război mondial au survenit doar mici epidemii. Turcia a făcut

excepție (o situație mai gravă, 12.000 cazuri) și de aici, Grecia.

În perioada 1896—1900, se manifestă în Statele Unite ale Americii o infecție cu o tulpină americană de virus (Alastrim virus). Boala va fi etichetată sub denumirea de *„variola minor"* (în opoziție cu forma clasică, *„variola major"*). De aici va difuza în Africa de Nord, în Italia și în alte regiuni de pe glob.

Țările industrializate au beneficiat de progresele bacteriologiei și de organizarea unui sistem național de sănătate. Legalizarea vaccinării obligatorii a dus la dispariția variolei autohtone în Europa și America de Nord în perioada anilor 1950. Încurajată de rezultatele obținute pînă aci pe scară națională, O.M.S. adoptă în 1959 o rezoluție care vizează eradicarea bolii pe întreaga planetă. Lipsa de fonduri pentru un act de mare amploare a dus la eșuarea proiectului. În 1967 a fost luat o nouă inițiativă, privind un program intensificat de eradicare. S-a propus un termen de 10 ani. Termenul a fost respectat ca urmare a organizării temeinice și a finanțării corespunzătoare a întregii acțiuni. Declinul morbidității prin variolă și restrîngerea ariilor endemice au fost spectaculoase. A rămas posibil importul, pe întreaga perioadă cît existau însă focare endemice. (În 1972 a avut loc o epidemie localizată în Iugoslavia, adusă de un pelerin din Irak). Eradicarea a progresat infailibil, ca urmare a eforturilor depuse, în ciuda unor condiții nefavorabile, printre care lipsuri economice și nutriționale, schimbări social-politice (23 schimbări de guvern, în cele 18 țări din Africa de vest) și războaie (ex. cel din Nigeria, pentru această zonă).

*
* *

Remedii împotriva variolei nu au fost cunoscute multă vreme. Boala era acceptată cu resemnare, ca o pedeapsă de la zei sau de la Dumnezeu, ca un blestem, ca efect al forțelor supranaturale. Și totuși, practica empirică a conturat încet-încet cîteva mijloace de combatere și prevenire care se vor cristaliza pînă la urmă în metodele medicinii științifice.

Carantina s-a arătat drept un paliativ de mare utilitate pentru restrîngerea difuziunii infecției. Ea datează din perioada contaminării țărilor europene. Mai tîrziu va fi completată cu controlul navelor. În secolul nostru au fost avuți în vedere cu deosebire călătorii provenind din zonele endemice.

Variolizarea profilactică s-a născut empiric în perioade străvechi. Ea făcea parte dintr-un stil de acțiune al popoarelor primitive, din care nu lipsea, fără îndoială, elementul magic. Inoculările au fost folosite, de pildă, ca metodă de apărare împotriva unor diverse infecții și intoxicații. În India pare să se fi născut mai întîi obiceiul. Unele triburi africane recurgeau la un fel de inoculare contra mușcăturilor de șerpi veninoși: veninul șerpilor era amestecat cu unele sucuri vegetale și amestecul era frecat pe incizii făcute pe braț. Inocularea antivariolică a fost observată în Nubia în 1790, unde era practicată din vechime, și tot astfel la multe alte populații.

Se crede că primul care a practicat inocularea antivariolică a fost Dhanwantari, tatăl medicinii vedice (1500 î.e.n.). I se atribuie lui următorul text: „Se ia pe vîrful unei lanțete lichidul pustulei și se fac înțepături în braț, între umăr și cot, pînă cînd apare sîngele; pe urmă se amestecă lichidul cu sînge, după care febra va apărea". În China se recurgea la insuflarea nazală cu pulbere de cruste de variolă, privită inițial ca un ritual secret (sec. X e.n.). În Tibet se înmuia un mănunchi de ace într-o soluție cu lichid pustulos și se făceau înțepături în braț. În Siam se recurgea la procedeul chinez de insuflare nazală. Inocularea prin scarificare, răspîndită larg în India secolului XVI realiza forme minore de boală, cu o mortalitate de numai 0,5—2%. Metoda s-a extins în Asia, apoi în Africa. Turcii foloseau această tehnică la Constantinopol, în secolul XVIII. De aici a fost introdusă în Boemia, Anglia, ajungînd pînă în colonia engleză din Boston. Spre sfîrșitul secolului, Carl în Boemia și Haygarth în Anglia au propus independent un program de combatere a variolei prin inoculare în masă, izolare și carantină. Descoperirea lor a fost însă depășită de procedeul vaccinării.

Metoda era practicată și în multe alte zone, după tehnici felurite. Uneori se înveleau copiii în pînze aspre îm-

bibate cu puroi variolic. În Transilvania se introducea subsuoară o monedă înmuiată în secreție. Cea mai mare extindere a avut-o însă variolizarea prin inoculare, introdusă treptat în tot mai multe țări, cu detalii bine fixate în parte de istorie.

Inducerea rezistenței față de variolă prin inocularea cu un alt virus, fenomen cunoscut ca „rezistență încrucișată", s-a născut la rîndul său tot ca procedeu empiric. Probabil asemănarea leziunilor variolei cu cele ale variolei vacilor a avut un rol sugestiv. Dar este sigur că imunitatea celor care mulgînd vaci făcuseră boala, cu pustulele ei caracteristice pe mîini, a avut o importanță și mai mare în asocierea care s-a produs. La noi, în Transilvania, se scăldau copiii nou-născuți în laptele muls de la vaci cu pustulele de „vaccină" pe uger. În Valahia procedeul era denumit „altoire" și se pare că a fost introdus de un medic de școală greacă, Jacob Pylarino, trecut pe la curtea lui Constantin Brîncoveanu și ajuns mai tîrziu medic al lui Petru cel Mare.

În Anglia, țară unde creșterea vitelor se făcea pe scară mare, exista părerea că nimeni nu face variolă dacă a avut mai înainte vaccina vacilor. Inocularea prin înțepătură a acestei boli era folosită în popor. La 1774 un anume Benjamin Jesty, fermier la Yetminster, își inoculează soția și copiii cu puroi de vaccină recoltat de la vaci. Boala indusă a fost minoră. Acest curaj și noutatea faptului i-au conferit o glorie care se mai resimte și astăzi în inscripția de pe placa sa de mormînt: „Consacrat memoriei lui... A fost un om cinstit, cu inimă dreaptă, celebru în special pentru a fi fost prima persoană (cunoscută) care a făcut să se cunoască inocularea vaccinei vacilor și care, datorită tăriei sale de caracter, a făcut experiență cu aceasta pe soția sa și pe cei doi copii, în anul 1774".

Edward Jenner (1749—1823) rămîne persoana de numele căreia s-a fixat ideea și practica vaccinării antivariolice științifice. Era elev al lui John Hunter și cînd i-a vorbit acestuia despre speranțele și temerile lui privind substituirea inoculării variolice cu vaccinarea, acesta îi spune: „Nu te gîndi, Jenner, încearcă!". Revine în satul natal urmărit de această idee. În noiembrie 1789 își inoculează pe propriul său fiu, Edward, de 18 luni, cu secreție de varicelă, pe care o credea înrudită cu variola; așteaptă cu neliniște evoluția și remarcă manifestări asemănătoare cu cele ale variolei, în forma sa ușoară. La 7 aprilie 1791 repetă inocularea și se produce de această dată o simplă veziculă, trecătoare, fără alte simptome. În 1796, cînd la o fermă apropiată se declanșează o epidemie de vaccină, recoltează secreția din leziunile de la mînă ale unei tinere lăptărese care se îmbolnăvise, Sarah Neames. Cu ajutorul unor incizii ușoare el contaminează brațul unui băiat de 8 ani, James Phipps. S-a produs o leziune asemănătoare cu cea observată în inocularea de secreție variolică. După vindecarea escarei, la 6 săptămîni de la prima inoculare, Jenner îl inoculează cu secreție variolică. Boala nu se mai produce. La începutul anului 1797 are șansa unei noi prelevări, cu ocazia unei noi epidemii de vaccină. Inoculează cu același succes alte trei persoane. Încheie memoriul științific pe care îl pregătise și îl depune la Royal Society. Publicarea n-a fost însă autorizată deoarece s-a apreciat că argumentarea nu este convingătoare. Jenner reușește să-și publice singur cercetarea, pe la sfîrșitul lui iunie 1798 sub denumirea „Anchetă asupra cauzelor și efectelor vaccinei variolei, o boală care a fost descoperită în unele comitate din vestul Angliei, în special în Gloucester, și cunoscută sub denumirea de Cowpox". Teoria lui va fi aspru criticată, doctrina lui apreciată de principalii savanți și medici din Londra ca ridicolă și conjuncturală. S-a spus că vaccina utilizată de el disemina de fapt răul pe care dorea să-l prevină. Jenner își asumă o luptă entuziastă și reușește să organizeze un grup care îl asistă. Între timp metoda lui ia numele de „vaccinare". Rezultatele ei apar tot mai convingătoare, astfel că difuzează rapid și este preluată cu entuziasm pe continent și în America.

Adversarii vaccinării își continuă totuși atacul prin pamflete, satire și caricaturi. Un doctor, Rowley, scrie un lung tratat intitulat: „inocularea cu Cowpox nu este de nici o siguranță contra variolei...". Printre ilustrații, o gravură reprezentînd pe un băiat inoculat care are figură de bou. Concluziile sînt jenante: „variola ne-a fost dată de Dumnezeu dar vaccina este o invenție a omului

orgolios; prima era ceea ce hotărîse cerul, a doua este poate o violare îndrăzneață a sfintei noastre religii". Un scriitor povestește istoria unei femei care se plîngea că „de cînd fiica sa fusese inoculată, tușea ca o vacă iar corpul se acoperise de păr". Altul declara că cei inoculați „mugeau ca taurii". Metoda a fost stigmatizată de unii ca „lucrul cel mai demn de reprobare care a fost propus vreodată" sau ca „cea mai degradantă cădere a filosofiei care va dezonora pentru totdeauna lumea civilizată" (cf. „Histoire de l'inoculation de la vaccination", Congresul Internațional de Medicină, Londra 1913).

Vaccinarea încetase de a mai fi doar un miraj, a devenit o certitudine. Jenner era copleșit de onoruri și de expresiile cele mai felurite de recunoștință. Una dintre acestea, deși poate părea bizară, își are un sens mai deosebit. Este vorba de o scrisoare trimisă de un trib de piei roșii din America de Nord: „Frate! Tatăl nostru ne-a trimis cartea pe care ne-ați dat-o ca să învățăm să ne folosim de descoperirea pe care v-a revelat-o Marele Spirit și prin care variola, acest dușman de moarte al tribului nostru, poate fi izgonită de pe pămînt... Acceptînd darul dv. atît de prețios, ca mărturie a recunoștinței noastre vă trimitem o centură și un colier de scoici. Implorăm pe Marele Spirit să vegheze asupra dumneavoastră în această lume și în țara spiritelor".

Și totuși, în 1823, după ce soția îi murise, avea prilejul să scrie unui prieten: „Am primit un atac dintr-o parte de unde nu mă așteptam, e vorba de Edinburgh Review. Acești oameni înțeleg mai bine literatura decît medicina dar asta aduce pagube de necalculat. Le evaluez la cel puțin 100.000 de morți. Niciodată n-am căzut într-o astfel de perplexitate". Va muri peste numai trei zile.

Virusul care a fost utilizat timp de aproape două secole la imunizarea antivariolică a fost probabil un hibrid al virusului vaccinei vacilor cu cel al variolei, rezultat din contaminări, datorită pasajelor umane repetate.

Procedeul tehnic a suferit modificări: de la scarificări, s-a ajuns la înțepături cu ace simple și în ultimul timp cu acul bifurcat, realizat de un laborator care a

renunțat la drepturile bănești legale ale patentului. De la vaccinul tradițional umed s-a ajuns la cel uscat, congelat.

Istoria eradicării variolei este plină de învățăminte și de optimism. Pentru medicina de astăzi eradicarea acestei boli nu constituie decît o etapă din lupta pe care și-a asumat-o. Pentru om, în general, este vorba de un model de acțiune: competență și cooperare, spirit umanist.

SĂNĂTĂȚII, OFRANDĂ MUZICALĂ

O vizită obișnuită într-un salon, la bolnavi... Cîntă pe noptieră un radio. E o muzică pe care ți-ar place s-o asculți. Dar o mînă se întinde și întoarce butonul. Nu, nu, nu mă deranjează, puteți lăsa... Știți, doctore, aș vrea să vă aud pe dumneavoastră: ce va fi cu mine? Îi zîmbești: bine va fi! Nu-i muzică mai frumoasă decît o vorbă caldă, nu-i melodie mai armonioasă decît afecțiunea și bunătatea revărsate prin cuvinte, de la om la om. Cum va fi fost oare rostirea lui Hipocrate?

Există însă multe spitale în lume în care muzica este introdusă sistematic în programul de tratament. Va fi continuată apoi acasă, conform unei adevărate farmacopei: boala x? fragmentul muzical y! Între 23—27 mai 1985 a avut loc la Heidelberg cel de al IV-lea Congres Internațional de Muzicoterapie. A coincis cu Tricentenarul Bach. Acest forum a reușit să realizeze un amplu schimb de păreri și date, urmărind stimularea și dezvoltarea unei noi discipline medicale terapeutice. Cît este adevăr în tot tam-tam-ul ce se poartă în jurul acestei idei? Cît este ea de nouă? Omul modern s-a înconjurat de un univers de muzică. Galaxia Marconi îi aparține. Oriunde, oricînd, „pe toate canalele", Muzica! La radio și televiziune, magnetofoane și casetofoane, pe litoral, la frizerie, în săli de așteptare, pe stradă, în week-end, în apartamentul vecinului și, evident, tronînd, în sălile de concert... Semnalizarea muzicală irumpe în genuri, ritmuri, melodii din cele mai variate, din instrumente vechi și noi, de tip clasic sau electronic. Putea rămîne medicina străină de acest impact?

Tratamentul prin muzică este vechi de cînd lumea. Îl găsim în incantațiile de exorcizare ale șamanilor populațiilor primitive. În ritmul tobelor la care recurg triburi rămase la civilizația din epoca de piatră. Îl găsim în

ritualul tradițional al jocului Călușarilor, din țara noastră. În cîntecul de leagăn, în farmecul doinei, în spirituals-urile negrilor americani...

Efectele muzicii asupra omului sînt complexe. Observațiilor empirice dintotdeauna li s-au adăugat observații științifice metodice încă din secolul XVIII. Marquet (1769) semnalează modificările de puls sub influența muzicii, sugerînd aplicații terapeutice. Hamlet ne atrage atenția: „pulsul bate tactul muzicii!". Într-o piesă a lui Shakespeare se include povestirea despre un medic german care putea suspenda un bal, introducînd în orchestră o „cornamusa": „și sala s-a inundat repede", din cauza efectului diuretic pe care l-ar fi avut sunetul acestui instrument. S-a făcut diferențierea sunetelor muzicale în „excitante" sau „tonice" și „depresive" sau „sedative", primele aparținînd gamei majore, ultimele celei minore. Muzica s-a dovedit susceptibilă să modifice bătăile cardiace, respirația, tensiunea arterială, tonusul vaselor periferice, termogeneza, schimburile nutritive, dar cu deosebire tonusul psihic. În țara noastră, apărea în 1907, la Iași, o teză de doctorat semnată de Louis Mendel, cu titlul „Contribuțiuni la studiul psiho-fiziologiei muzicale". Savanți ca Parhon și Marinescu s-au aplecat asupra efectelor psihice ale muzicii. Cu tehnicile noi au fost documentate modificări ale traseelor electroencefalografice, ale activității mioelectrice și contractile a organelor cavitare (stomac, intestin, vezică urinară), reacții neuromusculare etc.

Muzica poate induce și stări morbide la persoane aparent sănătoase. Epilepsia „muzicogenă" era de multă vreme semnalată, la cei predispuși. Sînt cunoscute în epoca modernă psihozele colective induse de spectacole muzicale din săli mari și de pe stadioane, cu manifestări agresive din partea tinerilor auditori. Au fost descrise cazuri în care un anume dirijor a făcut infarct la un pasaj muzical puternic tensionat și, după restabilire, a repetat criza cardiacă în același punct. Dirijînd „Tristan și Izolda" de Wagner, trei dirijori au căzut la aceeași frază muzicală, unul făcînd infarct. Tensiunea emotivă justifică declanșarea unor astfel de crize. Trăirile psihice sînt de fapt cele urmărite prin muzică și aparțin comunicării interumane specifice acesteia. Sînt emoțiile este-

tice, meditația filozofică. Pe lîngă influența mediată de trăirea psihică lucidă, există și o adresare inconștientului. Limbajul muzical este mai vechi ca limbajul verbal. El a făcut la început legătura între om și natură, prin sunetele din mediul natural: foșnetul frunzelor, murmurul apei, cîntecul păsărilor. Acestea au și pentru omul civilizat semnificație de muzică și, cum știm, au și fost larg folosite atît în muzica populară, peste tot în lume, cît și în cea cultă. Limbajul muzical este universal. Muzica implică sunet, linie melodică și ritm. Ritmul sugerează însă mișcarea. Muzica se continuă de la acest punct cu dansul. Ritmul mișcărilor se înscrie în ritmul vieții, al universului și s-a meditat că precursorul acestora este de fapt „ritmul cosmic".

Nu ne surprinde dar ostracizarea muzicii de către unii filosofi elini, care intuiseră reacția posibilă pe care o poate avea asupra oamenilor, asupra mulțimii. Platon interzicea muzica în „statul" său, din teama de a nu se tulbura ordinea, prin schimbarea la un moment dat a muzicii de pînă aci. Socrate a prevenit, mai înainte, asupra riscului de primejduire a ordinii legale prin influența muzicii.

*
* *

Prima referire scrisă asupra acțiunii terapeutice a muzicii o găsim în mitul biblic al lui David: el singur, prin sunetele harfei sale, a reușit să-l vindece pe regele Saul. „Ori de cîte ori duhul rău îl muncea pe rege, David lua harfa și cînta, alungîndu-l și ușurînd suferința regelui" (Cartea Regilor). Regăsim aplicații meloterapice și în alte scrieri ebraice, în „Manuscrisele de la Marea Moartă", care menționează efectul muzicii în calmarea stărilor de excitație nervoasă (cf. Ionescu și Bercuș, 1969).

Mitologia greacă ni-l propune pe Apollo, zeul luminii și al artelor, care cîntă din liră, și pe Orfeu, fiul muzei Calliope. Acesta izbutise să îmblînzească fiarele și valurile furioase (care îi amenințau pe Argonauți) prin sunetele ce știa să scoată din lira dăruită de zeu. Vindecarea bolilor prin muzică a realizat-o însă numai Asclepios, zeul medicinii. Platon pomenește în dialogul Charmides despre

tămăduitorii traci, slujitori ai lui Zamolxis, care foloseau cîntecele pentru vindecarea trupului și a sufletului. Ni se păstrează din acea vreme și „belagine"-le, acele fraze ritmate care se vor continua în descîntecele populare românești. Pentru Pitagora, muzica era „un leac al nebuniei oamenilor" (se cunoaște referirea istorică la ucenicia lui Zamolxis pe lîngă Pitagora). Plutarch, menționînd felul cum a fost combătută ciuma din Sparta, bănuia existența unei muzici tămăduitoare nu numai prin captarea bunăvoinței zeilor, ci și printr-o acțiune specifică ei, cu efect direct asupra bolii. Poetul muzician era considerat ca singurul medic capabil să oprească epidemiile (cf. Fossati, 1975). Așa se face că spartanii l-au adus odată pe Talete din Creta, un compozitor renumit, într-un astfel de scop. Oracolul din Delfi a prescris să se cînte timp de 60 de zile „peani" de primăvară, în toată regiunea afectată, cu prilejul unui isterism contagios printre femeile din Locri și Reggio Calabria.

Au fost reținuți de istorie Terpandru și Arion, care au scăpat pe ionieni și lesbieni de boli grave, cu ajutorul cîntecului. De asemenea Hismenias, care trata guta prin muzică. Hipocrate nu putea ignora un remediu atît de accesibil și plăcut, „de care se bucurau și zeii". El a recomandat tratamentul prin muzică asociat altor aplicații, insistînd însă pe diferențele individuale care există (Cartea despre Regim). Contra mușcăturilor de șerpi, pe lîngă aplicațiile locale de ierburi, pe lîngă toate antidoturile obișnuite, el recomanda și muzică. Dioscuride folosea muzica drept sedativ general și o includea printre medicamente. Democrit menționează „sunetul flautului, un remediu excelent pentru multe boli". Eschil se referă în Prometeu la efectul hipnotic și analgezic-anestezic al muzicii. Giamblicos acreditează acțiunea excitantă sau sedativă a muzicii.

Au fost însă și sceptici, privind această metodă de tratament. Soran din Efes (sec. II e.n.), un obstetrician renumit, aprecia: „Erau stupizi cei care credeau că pot suprima durerile facerii cu melodii și cantilene".

La Roma, circula credința că Aesculap poate vindeca surditatea prin sunete de trompetă. Galenus și Celsus recomandau sunete melodice contra insomniei. Pentru Celsus, sunetul de cimbal era bun în depresii. Descîntecele

romane erau cîntate, muzica își aducea deci aportul la sugestia pe care o făceau vorbele. Aulus Agellus scria: „Este o credință răspîndită că o persoană care suferă de sciatică are o alinare însemnată a durerii, dacă cineva scoate din flaut sunete blînde și melodioase" (în „Nopțile Atice"). Asclepiade (sec. I, î.e.n.) aprecia favorabil efectul curativ al muzicii, cu deosebire la bolnavii psihici, și considera cantilena drept un remediu bun la maniaci. Aurelianus Caelius trata sciatica prin muzică. Este interesant că el condiționa efectul analgetic de aplicarea instrumentului pe regiunea dureroasă, ceea ce sugerează și posibilitatea acțiunii ultrasunetelor emise concomitent.

Marii medici arabi, Avicenna și Averroes, au cunoscut și au folosit la rîndul lor virtuțile terapeutice ale muzicii.

Medicina evului mediu a marcat, cum se știe, o dramatică regresiune față de medicina antică. Încercările de tratament prin muzică nu au lipsit, formele muzicale luînd însă cu deosebire aspecte specifice unei Europe stăpînită de biserică și înțesată de mînăstiri. Paulus Diaconus a rămas ca autor al unui imn, faimos pe atunci, dedicat lui Ioan Botezătorul, și care „făcea minuni" în răceli. Buonaiuto da Casentino, muzician al papei Bonifaciu VIII, compusese două piese muzicale care se executau atunci cînd papa avea nevoie de un purgativ și, respectiv, de o sîngerare. Machetto Clara a compus pentru marchizul de Mantova, care era acoperit de sifilide, o „frottola", cu text obscen și puțin macabru (cf. Fossati, 1975).

Renașterea a păstrat experiența acumulată pînă aici. Ambroise Paré folosea muzica în combaterea durerilor pe care le avea de îngrijit, ca și chirurg. Rabelais acordă un spațiu extins problemei, în romanul său Gargantua și Pantagruel. Regina Chintesența tămăduia numeroase racile, fără a atinge bolnavii, cîntîndu-le la o orgă neobișnuită: „țevile erau făcute din păstăi de mană, lada din rădăcină de gaiac, clapele din revent, pedalele din siminichie, claviatura din sacîz".

Italia secolului XVII a cunoscut o epidemie foarte extinsă produsă prin înțepătura păianjenului Tarantula („Tarantola" în italiană, de unde numele bolii, „tarantolismo"). Se prezenta în esență ca o stare melancolică. Se

pare că veninul producea manifestări mai dramatice în unele regiuni, ca Puglia, unde căldura soarelui era arzătoare. Se păstrează motivele muzicale folosite în combaterea „tarantolismului pugliez", așa cum au fost înscrise de iezuitul Atanasio Kirschier, „fizicus și naturalist" (în „De arte magnetica", 1654). Muzica trebuia să fie vioaie, și se combina cu dans, de unde denumirea genului, „tarantella". Iată descrierea unui astfel de act terapeutic, după Aulio Gellio: „La primele accente muzicale, bolnavul, în prostrație, începea ușurel să miște și pe urmă, încet încet, să se însuflețească și să danseze cu ardoare mereu sporită". După 2—3 ore, era lăsat să se odihnească puțin și dansul se relua, cu ritm crescut. Un astfel de tratament se repeta zile în șir. (cf. De Martino, 1961). O lucrare savantă din epocă („De anatomia, morsus et effectibus Tarantulae", Baglivi, 1695) precizează: „... *immediato patientem enecat si praesto non fuerit musica*". Nu știm de ce boala a dispărut mai tîrziu, în forma sa epidemică. Este verosimilă sugestia și isterizarea colectivă.

Meloterapia s-a extins la numeroase și variate boli. În indicația terapeutică nu se ținea seamă numai de motivul muzical, ci și de instrument, ba chiar de lemnul din care era confecționat acesta. S-au păstrat astfel de specializări „medicinale": instrumentele din lemn de helebor erau folosite pentru hidropizie și limfatism, cele din lemn de camfor în „deliqui", de lemn de ricin ca laxativ etc. Virtuțiile simbolice atribuite, sesizăm, sînt naive.

În secolul XVIII se înregistrează preocupări susținute de reactualizare a metodei, indicațiile prioritare fiind tulburările psihice. Un anume Brendel își intitula cartea sa „*De curatione per carmina et cantus musicus*". Se pare că muzica dobîndise un interes sporit și prin faptul că intrase în moda epocii. Și fără îndoială, pentru că lipseau încă remedii terapeutice specifice. Preferințele individuale își aveau rolul lor. Astfel, remediul habitual al prințului de Orange era muzica.

Acum încep și primele cercetări („*De effectibus musicae in homini*", Bartman, 1792). Dr. Recamier, chemat la o ducesă suferindă, prescrie: „stomacului îi place ritmul, ducesa va trebui să ia mesele în sunetul tobei". Mai multe luni, vecinii au fost obsedați la ora meselor,

dimineața și seara, de două tobe ale Gărzii naționale, care băteau sub ferestrele sufrageriei ducesei motive muzicale (cf. Cabanes, Remèdes d'autre fois). Tuturor clienților dispeptici care nu puteau plăti „o cură de tobă", Recamier le prescria invariabil: „domnul va asculta timp de două luni retragerea militară cîntată în fiecare seară în Piața Vendôme". Și de fapt, în toate serile, un șir interminabil de gastralgici și dispeptici urmăreau tobele fanfarei din piață. Autorul reține cu umor: „de unde se vede că doctorul avea o frumoasă căutare". Să-l completăm noi: pe atunci!

Secolul XIX marchează o etapă mai densă în material. În 1811, Pietro Lichtenthal publică un tratat numit „Medicul muzical sau tratat despre efectul muzicii asupra corpului uman și despre aplicarea sa în unele boli". Textul include numeroase fișe clinice. Se descrie astfel vindecarea unui mare număr de bolnavi: cu febră acută, epilepsie, boli digestive, urinare și, nelipsit, psihice. În Franța, încep să se organizeze concerte în ospicii dar și pentru convalescenții celorlalte tipuri de boli. Statele Unite preiau experiența. Se păstrează descrierea unei acțiuni de mari proporții la un azil psihiatric din New York (în 1878), cînd 1400 femei psihopate adunate într-o sală mare au fost „vindecate" cu muzică executată la un pianoforte. În Germania, metoda era prețuită de marele chirurg Billroth, prieten și partener de muzică de cameră al lui Brahms. În Anglia, Hunter trage următoarea concluzie la un alt experiment de amploare (din 1892): „În unele cazuri, durerile au dispărut sau au diminuat în importantă măsură. La 6 din 10 cazuri s-a constatat scăderea febrei". În Rusia, Beschiusky (1896) vindecă un copil de 3 ani suferind de pavor nocturn cu ajutorul unui vals de Chopin; efectul a fost la început tranzitor, dar s-a definitivat după un număr de repetări în fiecare seară. Tarchanoff documentează dispariția oboselii sub audiții de muzică veselă și vioaie, folosind un ergograf. Se și recomandă introducerea fanfarelor în muzica militară.

Philippe Pinel a introdus la Salpêtrière sistemul muzicii executate de bolnavii înșiși, prin organizare de orchestre proprii.

*
* *

Conceptul de „terapie prin muzică" apare bine structurat în prezent. Ca termen, acesta începe să devină prioritar față de cel mai uzual pînă de curînd, „meloterapie". Muzica presupune mai mult decît sunet și melodie. Acțiunea ei asupra omului se desfășoară la două nivele: condiția de sănătate și condiția de boală. Scopul muzicoterapiei, s-a subliniat, nu este cel „de a verbaliza problemele, ci mai mult, de a le face să fie trăite" (W. Schröder, 1980). Ea se prezintă ca o extindere a psihoterapiei și după unii aparține de fapt acesteia, prin sugestiile ideative dependente de limbajul verbal (Schwabe, 1980). Este vorba de două puncte de vedere, care exprimă două tendințe ale muzicoterapiei. Privite în dinamică ele sînt în realitate două etape succesive și forța terapeutică a muzicii crește pe măsură ce interferează mai apropiat limbajul verbal. Educația muzicală poate fi o condiție importantă. Nu este însă esențială. Ea dirijează mai mult gustul către un gen sau altul. Reacțiile emotive vor fi însă mai intense la bolnavii fără educație muzicală sistematică. Audierea unei muzici care amintește de copilărie, sau prin excelență, audierea muzicii populare specifice diferitelor grupuri etnice, produce reacții semnificative prin însuși faptul că acestea constituie un univers sonor intim, familiar, infiltrat adînc în personalitate.

Laicii se referă la evenimentul auditiv muzical ca la un mijloc de relaxare, de îndepărtare a anxietății, de liniștire. De fapt acest efect sedativ apare ca cel mai convingător și în experiența cu bolnavii psihici. El este căutat de toți cei sănătoși, atunci cînd vor să se desprindă de anumite trăiri nedorite. Muzica devine un refugiu. O ieșire spre liniște; de fapt, nu evadare, ci însăși liniștea.

În tratament, se tinde însă spre obiective mai pretențioase. Ca limbaj, muzica favorizează vindecarea izolării în sine, („autismul"), a tulburărilor de vorbire („dislexii", „alexitimia"), deficiențele neuromotorii (pareze și paralizii), sindroame „spastice". Un aport considerabil aduce recuperării copiilor handicapați, convalescenților infirmi, bătrînilor. În serviciile psihiatrice muzica poate înlocui unele tratamente agresive, ca dușul rece și elec-

trosocul, și favorizează somnul. Schizofrenicii, chiar în catatonie, insensibili la cuvinte, pot reacționa la o melodie plăcută, tonică; cei deprimați beneficiază de marșuri și muzică eroică. Pentru afazici, muzica este singurul limbaj accesibil, care asigură comunicarea cu universul uman din jur.

Toate bolile somatice cu interferență psihovegetativă pot beneficia de tratament cu ajutorul muzicii și cu deosebire cele zise „psihosomatice". Muzica poate regla frecvența pulsului la tahicardici, poate scădea valorile tensionale și ameliora irigația periferică. Muzica poate combate dischineziile digestive, stimulează sau scade secreția acidă gastrică (Demling și colab., 1970).

Efectul analgetic a fost valorificat cu deosebire în stomatologie, sub forma căștii cu muzică „la alegere", care are și meritul de a acoperi zgomotul greu de suportat al frezei dentare. S-a construit chiar un scaun stomatologic dotat în acest scop („odontoiatru"). S-a obținut „nașterea fără dureri" sub influența unei muzici bine alese. „Audioanalgezia" (Monsey și Eisner, 1963) a fost folosită și în mica chirurgie, ca mijloc auxiliar de regulă. În timpul celui de al doilea război mondial, medicii americani au sesizat că asocierea unui fond muzical favoriza refacerea mai rapidă a soldaților răniți sau șocați.

Terapia prin dans, „dansterapia" cumulează influența muzicii cu kinetoterapia, devenind o metodă complexă și eficace în multe condiții patologice. Pentru handicapații imobilizați s-a ajuns chiar la ideea „dansului în scaunul cu roți", foarte util în distrofiile musculare, prin prevenirea atrofiilor de inactivitate. Mișcarea și ritmul pot influența favorabil și tulburările de vorbire.

S-a conturat chiar conceptul unei „pedagogii prin muzică". S-au organizat ateliere școală în care muzica și ritmul realizează un „instrumentar" specific (Gertrud Orff) prin sinteza sunetului și mișcării. Acestea pot interfera și îmbogăți influența sanogenetică a terapiei ocupaționale. Pot deveni ele singure o astfel de terapie.

Muzica și medicina sînt legate prin legături intime și indisolubile. Ambele sînt știință și artă; prima este mai mult artă, a doua este mai mult știință. Amîndouă presupun o cunoaștere profundă a omului și a universului

său de gîndire, a vieții sale afective, a sensibilității sale. Amîndouă constituie un factor de solidarizare interumană. Amîndouă se revarsă cu generozitate spre om. Dacă umanismul medicinii a devenit de mult un loc comun, el constituind însuși sensul ei, nici muzica nu poate fi privită altfel. Beethoven scria: „Niciodată, încă din copilărie, zelul meu în a sluji biata omenire suferindă nu a slăbit... niciodată nu am acceptat pentru asta vreo răsplată. N-am nevoie de nimic altceva decît de sentimentul de mulțumire ce însoțește întotdeauna binele pe care l-am putut face". Mai tîrziu, Richard Wagner a susținut că „sensul muzicii ca limbaj al sufletului este de a alina suferința".

Disputa „indicațiilor selective" este sterilă. Există reacții previzibile care ar putea sugera anumite standardizări. Nu ne putem îndoi de acest adevăr, pornind de la observațiile pe care fiecare dintre auditorii de muzică le poate face. De o schematizare nu poate fi însă vorba. Mesajul diferă cu reactivitatea biologică, sensibilitatea muzicală, educația estetică, experiența personală din trecut, boala însăși și starea psihică din momentul respectiv. Piesa muzicală aduce cu sine sunete, ritm, tonalitate, armonie, intensitate sonoră, sugestii etc. Se poate spune că tratamentul prin muzică se poate face cu orice muzică, dar numai cu muzică bună! Își găsesc aci locul și compozitorii de tip „demoniac", „masculin", ca Beethoven, Händel, Bach, Wagner, Stravinski. Își găsesc locul și compozitorii „angelici", de tip „feminin" ca Mozart, Chopin, Debussy, Bizet. Oricare gen poate fi util: muzică clasică, jazzul, muzica populară, rock, country, folk, muzica veche și religioasă, muzica pentru copii, muzica de fanfară, muzica sintetică. Instrumentele și vocea pot fi în egală măsură valorificate.

Într-o anchetă făcută pe un grup de bolnavi psihici (Mitchell, 1957) s-au reținut următoarele reacții la bucățile muzicale ale unora din marii compozitori: Mozart a indus un sentiment de seninătate; Beethoven a generat efecte stimulante, în special la bolnavii deprimați; Bach a produs plictiseală; Wagner și Mascagni au generat pur și simplu o ceartă între auditorii excitați și enervați de muzică. Chiar după un astfel de test, trebuie să ne mai

întrebăm care anume au fost piesele audiate, cunoscînd gama largă a modalităților la care a recurs fiecare dintre muzicienii numiți.

Terapia prin muzică are un îndelung istoric. Pe fiecare treaptă a progresului, speranțele puse în ea au fost acoperite de speranțele mai proaspete aprinse de noile descoperiri. Mereu a fost amenințată cu uitarea. Și iată, după repetate dezamăgiri, sfîrșitul secolului XX ne-o propune ca un miraj: o nouă disciplină, care își așteaptă înflorirea.

MODALITĂȚI DE NEUTRALIZARE A FACTORULUI SUBIECTIV ÎN CERCETAREA CLINICĂ

Imperativul cercetării științifice s-a impus cu acuitate și pentru medicina clinică. El a devenit o preocupare inseparabilă de practica asistenței medicale. Explozia cunoașterii obligă la valorificarea tuturor resurselor accesibile, la trepte diferite de competență. Există frumusețe în această căutare („Au fond de l'inconnu, pour trouver de nouveau", Ch. Baudelaire) dar există cu deosebire obligația soluționării unor probleme.

Cercetarea clinică se face pe om. La factorul subiectiv „cercetător", se adaugă astfel un al doilea, subiectul, care descrie simptomele resimțite. Iată de ce condiția obiectivității se cere asigurată deliberat. Descartes a prezentat ca un prim precept în „Metoda pentru a căuta adevărul în știință": „A nu primi niciodată vreun lucru drept adevărat, dacă nu știm în mod evident că este adevărat". Adevărul științific trebuie verificat, obiectivizat.

Despre cercetător știm în general că nu este lipsit de *subiectivitate* și trebuie să-și asigure un protocol care să evite intervenția ei (voluntară sau involuntară) în selecția și evaluarea rezultatelor. S-a spus chiar despre experimentator că „nu este niciodată obiectiv". Dar subiectivitatea a indus uneori erori grave chiar în științele fundamentale pure, cum a fost cazul „razelor n", semnalate de fizicianul francez Blondlot (1902), care a și fost premiat ca recunoaștere de Academia Franceză, pentru ca ulterior fenomenul să fie infirmat. Claude Bernard, medic prin formație și experimentator prin vocație, aprecia: „un medic care încearcă un tratament și care își vin-

decă bolnavii, este înclinat să creadă că vindecarea se datorește tratamentului său".

Istoria fiecărui nou medicament înregistrează o primă etapă de entuziasm, atunci cînd medicamentul este dorit și așteptat, după care apar însă și cazurile de eșec sau de reacții adverse, care reduc interesul și împing produsul pe un plan secundar, pînă la negare. Iată de ce s-a spus: „să folosim medicamentul pînă dă rezultate". Dacă nu este dorit, medicamentul generează la început suspiciune, scepticism și chiar nihilism. Evaluarea corectă se face totdeauna numai în timp, pe serii mari de bolnavi, depășindu-se astfel impasul subiectivismului. Juvenal atrăgea atenția ca „remediul să nu devină mai rău decît boala". Petrarca, într-o scrisoare către Boccaccio, satirizează astfel terapia timpului său: „Am auzit pe un medic de mare renume: „pot afirma că dacă o sută sau o mie de oameni de aceeași vîrstă, același temperament și aceleași deprinderi s-ar îmbolnăvi de aceeași boală și dacă o jumătate ar urma prescripțiile doctorilor (cum se face azi!) și altă jumătate n-ar face decît să se sprijine pe instinctele naturale, nu mă îndoiesc deloc care jumătate ar scăpa". Întemeietorul homeopatiei, Hahnemann, aprecia astfel procedurile terapeutice ale secolului său (la 1790): „Sîngerările, antiflogisticele, băile călduțe, băuturile diluate, dieta, purgativele și clisma constituie cercul vicios în care se învîrt fără încetare medicii". Spiritul polemic devine paroxistic într-un text din secolul XIX (Holmes): „eu cred ferm că dacă toată materia medica ce se folosește acum s-ar arunca în fundul mării, ar fi cel mai bine pentru omenire și cel mai rău pentru pești".

Cercetarea clinică nu este însă numai terapeutică, farmacologică, ea este adesea și cercetare biologică, destinată extinderii cunoștințelor privind patogeneza bolilor. *Factorul cercetător* poate avea doar implicații din cele mai variate. Erorile sînt extrem de diverse și de multe ori imprevizibile sau inaparente. Aderența sau aversiunea față de problemă, față de metoda testată, pot fi decisive în orientarea subiectivă. Sugestibilitatea poate deforma primele impresii. Prejudecata, convingerea anticipată, dorința de a obține un rezultat favorabil omului suferind,

poluează inevitabil cercetarea. Lipsa unui standard de evaluare obiectivă, a cantificării și imaginii documentare deschid loc liber pentru interpretări subiective. Nivelul de pregătire are o contribuție semnificativă. Într-o cercetare privind bolile respiratorii pe o populație de mineri, frecvența tusei a fost evaluată la 20% de către medici și la 80% de către surori. Teoretizarea desprinsă de realitate oferă și ea un risc („a deriva remedii din teorii și a deduce că ele trebuie să fie eficace", J. W. Todd, 1970), a fost denunțată ca eroare.

Nu avem în vedere deformările conștiente, falsurile în cercetare. Motivația acestora poate fi succesul, publicitatea, banii, titlul științific și academic, onorarea unui termen contractual etc. Astfel de aberații s-au înregistrat în toate domeniile științei. Și în medicina experimentală (cazul zgomotos al homotransplantului de piele simulat la șoarece prin vopsirea unui petec de blană). Medicina clinică și în mod expres terapia reprezintă însă domeniul predilect al imixtiunii prin impostură, sugestie și șarlatanism. Istoria fiecărui secol a înregistrat astfel de fapte și secolul nostru în ciuda performanțelor sale științifice nu face excepție de la acest fenomen, uneori agnostic și cu trimiteri supranaturale. Proliferarea „vindecătorilor miraculoși" este chiar favorizată în prezent de posibilitățile de difuzare rapidă oferite de mass-media.

Subiectivitatea bolnavului poate fi la rîndul său distructivă pentru o cercetare clinică. Ea poate fi și aici inconștientă, reflectînd reacția față de tipul de cercetare (terapeutică? șansă de beneficiu direct și deci complianță crescută; neterapeutică? rezervă și chiar dezacord), prejudecăți (utilitate — inutilitate?), teamă, sentimente față de medicul cercetător (simpatie sau aversiune), reacția individuală specifică (sentiment de măgulire sau de înjosire, „cobaiul uman"), gradul de cultură, vîrsta și sexul, mediul de viață, cercetarea în clinică sau în ambulator, boală acută sau cronică. Intervin desigur și dezinformări conștiente, pînă la simulări și induceri flagrante în eroare. Este vorba în astfel de situații de interese și beneficii personale (internări, concedii, pensionări, schimbarea locului de muncă, întreruperi de sarcină etc.).

Cota de subiectivitate a bolnavului este greu de evitat, cu atît mai mult că el trebuie informat despre cercetarea al cărei obiectiv devine. Codul de la Nürnberg, declarația de la Helsinki (1964) cu revizuirile de la Tokio (1971) impun „consimțămîntul" la cercetare, un consimțămînt „informat", adică în cunoștință de obiectiv, justificare și riscuri. S-a spus pe drept cuvînt că „medicina nu trebuie să trateze ființele umane ca pe obiecte", „ca pe animale de laborator". Această condiție n-a fost în trecut respectată, chiar și atunci cînd s-au realizat beneficii considerabile pentru sănătatea omenirii. Este exemplul clasic al vaccinării antivariolice (Jenner), al seroterapiei antirabice (Pasteur) ș.a. Dar chiar și în epoca noastră, vaccinarea antipolio a fost testată pe copiii de școală, este adevărat după o altă etapă premergătoare, pe condamnații din închisori. Problemele experimentului pe om, terapeutic sau nu, sînt deosebit de complexe nu numai sub aspect etico-deontologic ci și al validității științifice. S-a hotărît în consens ca toate „contribuțiile" obținute prin „cercetările" pe prizonieri în lagărele naziste să fie ignorate. Și totuși, s-a mai putut realiza un studiu asupra luesului în evoluția naturală, pe un lot de indieni americani luat ca martor (și deci netratat) față de un lot tratat cu penicilină. Problema morală a unor astfel de loturi comparative cerute de „cercetarea controlată" modernă este extrem de actuală. Consimțămîntul acordat de bolnav nu poate fi suficient. S-a pus chiar întrebarea dacă este de fapt moral ca acesta să se ceară. Jurămîntul hipocratic situează pe primul loc interesul bolnavului, teză preluată și în dictonul „*Salus aegroti suprema lex*" (sănătatea bolnavului este legea supremă). Putem admite violarea drepturilor bolnavului chiar atunci cînd am obținut acordul lui? Și atunci ce este etic permis? Acceptăm o cercetare „moralmente necesară" sau „necesarmente imorală?" Conștiința este chemată să decidă, beneficiul științei fiind oricum un beneficiu al omenirii, dar tribut de sacrificiu nu se poate accepta.

În mod curent cercetarea clinică apelează la cît mai multe *criterii de control*, subiective dar pe cît se poate și obiective; calitative, semicantitative și pe cît se poate

cantitative; verificări prin controale repetate. *Raționamentul statistic* oferă un ajutor important atunci cînd nu este viciat. Acceptăm un risc minimal de eroare, extins pînă la maximum 5% dar preferabil mai mic, sub 1%. Gîndim valoarea metodelor de măsurare și vizualizare a unor modificări în termeni de „sensibilitate", (capacitatea de detectare) și „specificitate" (capacitatea de diferențiere).

Statistica comparativă este în prezent modelul care se impune în cercetarea clinică. Compararea se poate face cu bolnavul însuși, dinamic, sau cu alți bolnavi (condiția „loturilor comparabile"). Vechiul testament oferă probabil primul studiu biologic comparat, în cartea lui Daniel, legat de invazia lui Nabucodonosor, care acordînd o rație fixă de hrană și vin noilor săi supuși, aceasta este respinsă de eroul povestirii, revoltat, care consumă timp de 10 zile numai legume și apă. „Și la sfîrșitul celor 10 zile, curajul lui era mai minunat și era mai tare în trup ca toți tinerii care au mîncat din bucatele regelui", scrie cartea. Avicenna aprecia că medicamentele trebuie să fie testate în starea lor naturală pe bolnavii fără complicații: „experimentul trebuie făcut pe om deoarece leul și calul dau date greșite asupra efectului unei substanțe asupra omului."

Primul model evoluat de cercetare clinică comparată se datorește lui Wyckoff (1930), privitor la efectul digitalei. Au fost programate 4 loturi, într-un studiu comparativ cu serul fiziologic: lot A: nici-nici; lot B: ser fiziologic; lot C: digitală; lot D: ambele. Claude Bernard (1865), fundamentînd medicina științifică sublinia că „pentru a fi valabile, experiențele trebuie făcute în același timp și, pe cît posibil, pe bolnavi comparabili"; „experimentarea comparativă este condiția indispensabilă a medicinii științifice experimentale și fără această experimentare medicul înaintează la întîmplare și devine jocul iluziilor fără sfîrșit". Cu lotul test și lotul martor intrăm însă în problematica metodologică extrem de dificilă din cauza riscului de eșantionaj. Este lotul cu adevărat reprezentativ? Ce criterii ne confirmă că este „*ceteris paribus*" (asemenea celorlalți).

Randomizarea s-a impus de aceea ca o condiție. Orice mod de selecție poate ascunde însă factori de eroare, reprezentînd fie intervenții conștiente din partea unui membru al grupului (pentru ofertă de privilegii adresată unui subiect numit) fie influențe mascate, luate în mod greșit drept aleatorii. Cercetarea clinică recurge obișnuit la hazardul ordinii de internare. Pe o populație studiată simultan se folosesc tabelele de randomizare.

Controlul cu „placebo" se recomandă în prezent ca o normă obligatorie pentru studiile de farmacologie clinică, atunci cînd nu există un medicament verificat anterior față de care se face referința. Dar placebo presupune riscuri specifice. El reprezintă „o substanță inertă, fără efecte farmacodinamice, cu o formă de prezentare identică celei a medicamentului testat". Etimologic, ceva administrat bolnavului „ca să-i facem plăcere". Poate fi „pur" sau „impur", cînd se combină și cu o substanță cu acțiune farmacodinamică. Răspunsul la placebo este însă neuniform și se diferențiază persoane „placebo-rezistente" și „placebo-reactive". S-a recomandat de aceea o preselecție și excludere din lotul testat a celor sensibili la placebo. Într-o statistică cumulativă au fost de fapt semnalate efecte terapeutice la 33% din bolnavi supuși administrării de placebo. Cefaleea poate dispare în 62%, durerea în 50—75%. Alteori apar fenomene secundare: insomnii în 73%, cefalee în 12%, uscăciunea gurii în 8%, tulburări psihice în 6%. Astfel de efecte au fost înregistrate și la martorii sănătoși. Prin „dublu placebo" se asociază la un medicament A un placebo B iar la medicamentul B, un placebo A: fiecare bolnav primește simultan (drogul veritabil) un *verum* și un *placebo,* (iluzia lui) confruntîndu-se apoi rezultatele. Prin „supliment de placebo" se asociază un medicament activ cu un placebo, urmărindu-se reducerea dozei de substanță activă: s-a ajuns pe această cale la restrîngerea necesităților de aspirină, nitroglicerină și chiar de morfină, după cerința în cauză.

S-au imaginat și intervenții chirurgicale-placebo", actul limitîndu-se la incizia pielii, cu efecte terapeutice uneori evidente la bolnavi cu angină pectorală sau dureri abdominale „fantomă". Și în acupunctură s-a introdus conceptul de „punct placebo", care trebuie evitat. Nu este poate de mirare de ce s-a putut spune: „am ajuns la concluzia că istoria tratamentului medical poate fi caracterizată ca istorie a efectului placebo, deoarece aproape toate medicamentele, pînă la cele relativ recente, au fost un simplu placebo". Aprecierea se referă prin excelență la medicamentele din evul mediu și Renaștere, pînă la iatrochimiști și mult după ei (să ne gîndim doar la „praful de *mumia vera egipteana*", și la praful de „corn de inorog", panacee ale timpului vechi). Astăzi cercetarea cu placebo a devenit inetică pentru multe boli, care beneficiază de tratamente bine verificate anterior și care nu pot fi părăsite în evoluția lor naturală, de ex. pentru a testa un anume produs nou. Doar în lipsa unui astfel de remediu el se recomandă sau poate, eventual, numai pentru un termen limitat, care să nu prejudicieze securitatea bolnavului.

Principiul cercetării clinice mascate, „oarbe" („blind"), s-a impus ca alternativă superioară cercetării „deschise" („open"). În alți termeni, este vorba de studii în care se știe sau nu se știe ce anume se face și ce rezultate se așteaptă. Se diferențiază mai multe tipuri de cercetări de acest tip. În studiul simplu orb, bolnavul nu știe ce ia (este vorba de un tratament anonim) sau observatorul nu știe ce administrează. În studiul orb, nici bolnavul și nici observatorul direct, cel care oferă medicamentul, nu știu despre ce e vorba; medicamentele sînt prezentate codificat, cifrul îl deține un alt membru al echipei. În studiul triplu orb, nici cea de a treia persoană, care face loturile de medicamente codificate, nu știe ce împarte; sistemul este complicat și apreciat ca „acrobatic". Pot interveni erori felurite: demascare din partea cadrelor auxiliare, accesul la dosarul cercetării, identificarea substanței administrate după calitățile olfactive, gustative, aspect, sau după efectele produse, uneori s-a ajuns chiar la analize chimice din partea beneficiarilor dornici să cunoască ce primesc. În cazuri de urgență intercurentă secretul trebuie deconspirat și cazul se exclude din studiu.

Obișnuit și simplu se practică citirea oarbă a unor rezultate de laborator: filme radiologice, lame histologice, date de biochimie etc. Specialistul nu cunoaște ce s-a administrat și ce modificări se așteaptă, atunci cînd redactează buletinul de examinare.

Condiția validității cercetării „oarbe" este rigurozitatea și responsabilitatea. S-a spus de aceea că „o cercetare deschisă este preferabilă unui dublu orb naiv sau fals," unde codul devine un secret al lui Polichinelle (Spriet și Simon, 1978).

Componenta subiectivă nu poate fi, chiar recurgînd la astfel de modalități de neutralizare a ei, pe deplin evitată. În cercetarea clinică rămîn inevitabil parametri de ordin calitativ. Chiar pentru exprimarea acestora au fost propuse însă „scări metrice", imaginate în mod foarte variat. Este exemplul scărilor vizuale, pe care se înscrie punctul unde observatorul plasează intensitatea fenomenului respectiv. Se evită marcarea de repere, deoarece atrage aglomerări artificiale ale notațiilor. Cînd este posibil, se propun exprimări semnificative. Se poate recurge la chestionarea cu răspunsuri la alegere. Pentru verificarea informației se practică și sistemul întrebărilor încrucișate. Un aport evident aduc indicii complecși de apreciere, care însumează criterii (simptome) multiple. Astfel de informații complexe pot fi redate și grafic, pe scări cu repere multiple („item"-uri).

Reproductibilitatea verifică rezultatele. Creșterea numărului de persoane studiate mărește și gradul de încredere al concluziilor.

Experimentarea clinică orientată bipolar — inducere și suprimare, provocare și remisiune, test și contratest — aduce un plus de securitate.

Cercetarea multicentrică a luat o dezvoltare în ultimul timp, datorită posibilității de realizare a unor loturi mari de studiu, controlului reciproc al rezultatelor și compensării factorului eșantion. Pe baza unui protocol comun se recurge la o cercetare simultană efectuată de mai mulți cercetători, în unități diferite. Un model mai simplu a fost folosit în medicina experimentală, prin confruntarea experimentului făcut de un grup cu cel al

altui grup din aceeași instituție (Selye folosea de exemplu un etaj pentru un anume experiment și alt etaj pentru contraexperiment).

Modelul presupune anumite condiții: dotare tehnică, competența personalului și recrutarea de bolnavi, toate comparabile. Desfășurarea presupune mai multe etape: pilot, planificare, pregătire, recrutarea de bolnavi, urmărirea de fond, analiza și prelucrarea. Alături de echipele de observatori intervine și un grup coordonator („factorul centru"). În prezent se desfășoară după această schemă cîteva cercetări ample intra- și multinaționale: PARIS (Persantin Aspirin Re-infarction Study), ART (Anturam Re-infarction Trial), MRFIT (Multi-Risk Factor Intervention Trial), AMIS (Aspirin Myocardial Infarct Study) ș.a.

Cercetările secvențiale, pe etape istorice, contribuie și ele la obiectivizarea rezultatelor. Strategiile în acest sens sînt în dezvoltare. Începuturile s-au făcut în secolul XIX. Printre primele studii statistice comparative istoric, menționăm: Semmelweis (1847) studiază incidența mortalității prin febră puerperală în clinicile din Viena comparativ, înainte și după dezinfecția cu apă de clor (după ce demonstrase diferența între secțiile unde făceau practică surorile și cele unde veneau studenții, contaminați de la disecții și autopsii); Lister (1860) demonstrează scăderea mortalității, pe amputați, după introducerea antisepsiei cu fenol în Glasgow Royal Infirmary; Behring (1890) studiază mortalitatea înainte și după utilizarea anatoxinei difterice.

Metodologia cercetării clinice s-a perfecționat mult și totuși înregistrează încă multe eșecuri în ce privește validitatea rezultatelor cunoașterii. Subiectivitatea bolnavului este o realitate pe care nu o putem anula deplin și pe care trebuie deci s-o acceptăm. Ni se cere doar să-i restrîngem cît mai mult aria de influență. Soluțiile și valoarea lor s-au văzut.

Cercetarea clinică se desfășoară în prezent pe baza unor principii acceptate pe plan internațional, urmărind evitarea unor erori amenințătoare pentru umanismul medical. Ele rămîn doar orientative, fiecare cercetare avîndu-și aspectele sale specifice. Este motivul pentru care s-a trecut la crearea unor „comitete de etică" pe lîngă unele unități de cercetare mai importante. În prezent chiar

colegiile editoriale ale revistelor medicale și comitetele organizatorice ale congreselor își asumă o analiză etică a metodologiei de cercetare pe om. Prioritară rămîne conștiința și responsabilitatea medicului cercetător. El este factorul central în proiectarea, efectuarea și valorificarea rezultatelor cercetărilor întreprinse. Acestea cer totdeauna o condiție fundamentală: orientarea spre binele bolnavului sau al bolnavilor potențiali și excluderea pericolelor pentru persoanele supuse investigației.

CONDIȚIA UMANĂ A MEDICULUI

Medicul este mai întîi de toate om. Un om căruia slăbiciunile îi sînt însă mai greu trecute cu vederea. Un om care, conform legămîntului hipocratic, trebuie să facă totul, după știința și după puterile lui, pentru sănătatea celorlalți. Un om care prea adesea uită de propria-i sănătate. Un om care ajunge și el bolnav și care moare. Viața lui? Vocație? Dăruire? Sacrificiu? Sigur, nu spectacol și nici paradă, sigur, nu retragerea într-un port liniștit. Răspunderile sînt mari iar satisfacțiile totdeauna sînt măcinate de insatisfacții. Viața lui se desfășoară în zonele de maximă tensiune a existenței umane, pe tărîmul suferinței, la pragul dintre viață și moarte. Viața lui îi aparține de aceea doar în parte, în mult mai mică parte decît a oricăror altor profesioniști. Pentru că există solicitarea „de excepție" care nu suferă amînare. Pentru că el rămîne un vasal prin jurămîntul începutului de drum: un vasal al umanității.

Saltul uriaș la medicina modernă a atras slujitorilor săi multe mutații. Medicul de astăzi își înscrie formarea și priceperea sub semnul unei îndelungi trude. Pregătirea profesională îl solicită toată viața, deoarece cunoștințele se schimbă rapid. Cu bagajul acumulat în facultate, care se învechește și se epuizează repede, după zece ani ar ajunge la numai 50% ca nivel de competență. Durata studiilor depășește pe cea a oricărui alt specialist. Universitatea se completează în continuare cu stagii, cu studii de specializare și perfecționare. Studiul permanent trebuie să fie o deprindere. De aceea, timpul nu îi mai aparține, el aparține timpului. „Viață de doctor!", s-a spus. Familia îi știe avatarurile și trebuie să le accepte. Sociologia profesiei medicale a conturat numeroase fațete care con-

feră acestuia grandoare dar care o încarcă totodată și cu servituți. La un moment dat vine și piatra de încercare: cîți din copiii acestor medici vor fi orientați la rîndul lor spre profesiunea de medic? Cei care își exprimă opțiunea, vor ști la ce se așteaptă. Biblioteca preluată nu-i decît o mică invitație. Ritmul activ de viață i-a fost, inevitabil, o școală. Recluziunea în obligațiile majore i-a devenit și lui, de mic, o deprindere. Criza de timp e trăită la paroxism.

Profesia de medic nu e deloc ușoară. Cei care se îndreaptă spre porțile sale, atrași de miracolul „puterii", admirate din afară, ar trebui să știe acest adevăr simplu. Volumul de cunoștințe care se cer asimilate este imens. Terminologia profesională realizează, așa cum s-a calculat, o altă limbă propriu-zisă cu dezvoltare medie. Programul de studii și apoi, pe toată viața, programul de lucru și de menținere a nivelului de competență este foarte încărcat. Un medic bun se formează încet, în timp lung, și numai prin activitate susținută, mereu reluată, cu mai multă siguranță, cu mai multă stăpînire de sine, cu mai multă finețe de interpretare și decizie.

Literatura a explorat mult viața intimă și profesională a medicului pentru că aici pot fi găsite multe și complicate ascunzișuri omenești. Nu multora le este dat să trăiască atît de prelungit la tensiunea înaltă la care te obligă activitatea din acest domeniu. Un serviciu de gardă este „un foc continuu", activitatea într-un spital de urgență, într-o secție de terapie intensivă, intervenția chirurgicală, asistarea unei maladii grave, lupta cu moartea, lupta cu disperarea bolnavului sînt frumoase motive literare și cinematografice. Trăite însă din interior sînt drame care consumă și uzează, care nu pot trece fără urmă. Eșaloane de medici și-au sacrificat sănătatea și viața atunci cînd a fost necesar, în războaie, în catastrofe naturale și accidentale, dar chiar și în platonica cercetare științifică, atunci cînd s-au oferit voluntar drept subiect de autoexperiment.

Viața medicului începe de aceea și sfîrșește cu renunțarea. El învață să-și restrîngă circuitele sociale, mondene, distractive dar și altele pe care le frecventează, pentru

că o existență deplin armonioasă, cu puterea de a se bucura de tot ce face bucurie vieții, lui îi este refuzată. Dacă greșește totuși, optînd, pentru acest model, îl amenință inevitabil ratarea, mediocrizarea, rutinarea la un nivel simplu. Ce este fericirea? Pentru medic, poate fi salvarea unei vieți, suprimarea unei dureri, liniștirea unei neliniști. Dar toate astea cer și competență și participare. Prima înseamnă străduință, a doua — emoție și dăruire.

Și totuși, slujitorii medicinii au marcat în istoria culturii cea mai pătrunzătoare sudură cu disciplinele umaniste. Ei s-au impus, dintre toate profesiunile de tip tehnico-științific, drept cei mai mari iubitori de artă, de exemplu. Din ei s-au și recrutat o seamă de creatori de excepție. Ei sînt în mare măsură amatori de muzică și artă, iar în cel mai înalt grad, fiindu-le mai accesibil în „izolarea" lor, cititori de cărți. Un paradox, atunci? Doar aparent, pentru că nu excesul de timp îi îndreaptă spre aceste cîmpuri, ci retragerea la care sînt obligați, de o parte, și deprinderea unei trăiri active permanente, de alta. În aceste afinități extraprofesionale s-a văzut uneori nevoia medicului de echilibru, o supapă de decomprimare, o modalitate de relaxare.

Un lucru este sigur: o profesie care te aspiră prin toate ventuzele, pînă la epuizare, presupune și modalități de regenerare a forțelor. Poate că și educația lor are o contribuție aici, dar medicii rămîn unii din cei mai pasionați iubitori de natură, de mișcare, de tot ce poate întreține sănătatea. O viață rațională ar părea ușor de împlinit pentru ei, tocmai pentru că îi cunosc coordonatele. Și totuși, nu totdeauna și nu toți reușesc să evite abuzuri și excese care le subminează sănătatea și îi ruinează cu timpul. Probă, exemplul medicilor englezi care, cunoscînd efectele nocive ale fumatului, au decis în proporție de 50% să-l întrerupă, a devenit un model încurajator: a scăzut brusc și incidența simptomelor unor boli care se corelează cu tabagismul (boli cardiovasculare, reactivări ulceroase). Dar, se vede că acea consolare facilă a lui Terentius — „homo sum . . ." — îi contaminează și pe ei.

Profesia medicală implică prin specificul ei numeroase riscuri pentru sănătate și amenință cu veritabile

îmbolnăviri profesionale. Sînt în parte probleme de „protecție a muncii", care se învață la timp și se evită în măsura posibilităților. Bolile prin iradiere sînt, în acest sens, cele mai clasice. Radiodermitele degetelor și ale feței erau practic nelipsite la radiologii din primele generații, cînd aparatele nu erau încă destul de perfecționate și izolarea era deficitară. Riscul nu a dispărut întru totul. Leucemiile și cancerele rămîn mai frecvente în această specialitate. La fel, specialiștii în boli infecțioase și în ftiziologie sînt expuși în cel mai înalt grad riscului de contaminare. Există și se aplică măsuri de profilaxie specifică și totuși ele nu scutesc absolut de contractarea bolilor îngrijite. Psihiatrii întîmpină probleme extrem de dificile cu pacienții lor, ei înșiși devin uneori mai vulnerabili, psihic, ca urmare a solicitărilor neobișnuite și permanente cu care au de a face, dar — s-a observat — pot deveni și victime ale agresivității alienaților de care se ocupă. Laboratoarele de chimie presupun riscul toxic. Cele de medicină nucleară, pe cel de iradiere. Anatomopatologii au plătit un tribut greu infecțiilor contactate, în era preantibiotică, prin autopsiile făcute.

Stresul profesional rămîne un important factor de risc cu acțiune generală asupra tuturor medicilor și acționînd deosebit de agresiv în unele specialități. Acest stres este intrinsec actului medical. El rezultă din contactul imediat și inevitabil cu probleme omenești dramatice, „stresante", și se reflectă în reacția emoțională omenească. Nu poate fi combătut prin autoeducație și nici prevenit prin tranchilizante. Desigur, cu timpul se produce o adaptare de un anumit grad, o „obișnuință". Aceasta nu ajunge însă niciodată — și nici n-ar fi de dorit! — pînă la insensibilizare, la tocirea reacției naturale față de suferință, ceea ce ar însemna dezumanizarea medicului. De un astfel de stres nu poate fi cruțat decît medicul-robot, care își urmărește circuitul său algoritmic fără participare afectivă, conform programării care i s-a făcut.

Astfel de trăiri subiective stresante pot rezulta în foarte numeroase circumstanțe. Stresul pentru medic poate genera în însuși contactul cu stări de boală impresionante: fie condiții de suferință majoră care induc compasiune, fie condiții care amenință viața, plăgi extinse, mutilări, acuze subiective manifestate major. Stresul poate fi generat de lupta dificilă pentru diagnostic, de efortul zadarnic de a se descifra suferința bolnavului. Stresul fricii de eroare dublează permanent pe cel al demersului diagnostic. Stresul deciziei responsabile poate fi maxim atunci cînd trebuie să hotărăști tu singur între „da" și „nu": operezi sau nu? administrezi un anume medicament? în ce doză? pe ce cale? recurgi la o anumită investigație cu risc? Șirul întrebărilor de acest gen este nesfîrșit și varietatea lor neimaginată. Stresul încălcării unor regulamente și legi poate fi uneori deosebit de puternic, cu deosebire în stări limită, cînd decizia ta ar putea fi altfel interpretată ulterior. Stresul găsirii echilibrului între cerințele bolnavului (educația umanistă te împinge spre toleranță și înțelegere, spre satisfacerea dorințelor exprimate) și disciplina profesională sau bugetară (care te obligă la o cenzură strictă, la o „raționalizare" greu de înfăptuit în multe situații). Stresul eșecului este probabil cel mai dramatic, dar în egală măsură, și — anticipativ — cel al fricii de eșec. Stresul morții pacientului care se produce în ciuda eforturilor tale, iremediabil și definitiv, este — în dinamica momentelor secvențiale care constituie actul medical-ultimul. Dar, nu putem neglija apoi stresul rezultat din contactul cu aparținătorii, cînd urmează să justificăm pierderea unei vieți, cu forurile de conducere, cu comisiile de eventuală anchetă, instanțele etc.

Prestația medicală concentrată și tensionată constituie ea însăși un stres puternic. Cu cît mai îndelungată, cu atît mai agresivă. Se explică de ce unele specialități, ca cea de chirurg (neurochirurgul și chirurgul din servicii de urgență, în primul rînd) și mai ales de anestezist și terapeut intensiv, sînt cele mai amenințate. S-a și spus, „terapia intensivă cruță coronarele chirurgului", pentru că responsabilitatea asistenței se împarte, dacă nu — cum este uneori cazul — se transferă în întregime de la o specialitate la cealaltă. Dar există bolnavi „dificili", care

prin comportamentul lor agresiv, conflictual, paranoic, revendicativ, sau prin lipsa de colaborare, nereceptivitate, indisciplină etc. creează dificile probleme medicului. Există și un stres al pudorii, legat de examinarea unor personalități cu un standard deosebit în societate, ca și de unele probleme mai delicate, privind sfera sexuală, cu deosebire. Disimularea adevărului poate genera un stres al căutării de soluții optime sau al fricii pentru deconspirarea lui ulterioară și discreditarea ta în fața bolnavului pe care vrei să-l cruți de o inutilă spaimă. Există și un stres care naște din neîncredere, din teama de a fi depășit de problemă. Și altele, vizînd rezonanța exterioară a actului prestat, sancțiunile, blamarea, gloria, poziția socială. Numeroase cercetări întreprinse asupra medicilor în plină activitate au documentat efectele fiziologice negative ce se produc în sfera cardiovasculară, metabolică, nervoasă etc., în legătură cu solicitarea profesională. Există o relație cantitativă cu gradul acestei solicitări. Dar, cum era de așteptat, o mare importanță revine și reactivității individuale, personalității medicului.

Morbiditatea medicilor este mai încărcată în boli cardiovasculare, comparativ cu populația generală. Medicii sînt una din categoriile profesionale cele mai expuse la infarct miocardic. În unele statistici, cu deosebire din lumea anglosaxonă, se înregistrează o proporție crescută de psihonevroze și — inconstant — de sinucideri, alcoolism, toxicomanii. Mortalitatea prin infarct pare mai ridicată. În ce privește durata medie de viață, aceasta este semnificativ mai redusă la specialiștii în anestezie și terapie intensivă, cei mai expuși stresului profesional și totodată cei care sînt supuși unui program prelungit de activitate.

Privarea de somn a atras o atenție cu totul particulară pentru serviciile de gardă și de urgență. Cercetările psihologice precizează că media erorilor și gravitatea lor cresc cu gradul de oboseală: subiecții somnolenți comit 9,64 erori, dintr-un test dat, față de 5,21 la cei în bune condiții de odihnă. După o lipsă de somn de 30—36 ore apar tulburări de percepție, memorare și raționament.

Diminuă mult atenția și puterea de concentrare. Se modifică trăsăturile temperamentale și de caracter: vigoarea și elanul, încrederea, interesul social, sentimentul de satisfacție. Medicii devin mai depresivi și iritabili spre sfîrșitul programului de lucru. Sînt mai grăbiți și mai superficiali, pierd din bunăvoință și sensibilitatea integrării interumane, sînt mai necontrolați, mai incisivi.

S-a apreciat că, în mod paradoxal, profesiunea orientată spre vindecare acordă o atenție mică propriei sale morbidități. Condiția de sănătate este totuși imperioasă pentru că ea asigură standardul competenței optime și totodată — aspect nu lipsit de importanță, prin ecoul său — oferă un model și un argument bolnavilor din jur. Acel sfat de demult al lui Saint-Luc, *„medice, cura te ipsum!"*, rămîne ca o invitație permanentă la autoîntreținerea sănătății, la evitarea riscurilor care ar putea-o periclita și la exploatarea resurselor disponibile pentru combaterea bolii constituite. Este poate aici, cum s-a spus, și o fină ironie: mai întîi proba capacității de vindecare a ta însuți, înainte de a o încerca pe ceilalți!

Este adevărat că medicul se prezintă în general ca un rău bolnav. Aceasta din cauza temerilor pe care boala i le induce, el fiind în măsură să cunoască și perspectivele rele, nu numai pe cele bune. Și este omenească și teama. Comparativ cu celelalte categorii, medicii reușesc să-și cunoască mai din timp îmbolnăvirile, pentru că își dau seama mai repede de ele și știu să se exploreze corespunzător. Sînt de asemeni mai disciplinați și se supun măsurilor terapeutice necesare, fiind mai rezonabili. Îi caracterizează și dorința de a cunoaște adevărul despre boală, oricît de gravă ar fi, din convingerea că pot participa — și de fapt așa este — la optimizarea diagnosticului și a conduitei. Nici nu s-ar putea masca unui medic diagnosticul de cancer, de exemplu, așa cum se poate face în cazul unui laic neștiutor.

Ca om, și medicul își are problemele lui, de inimă, de ideal, de familie, ca oricare altul. Le rezolvă cînd bine, cînd rău. Ceea ce îl marchează este concepția de viață: respectul și dragostea de om, de umanitate. S-a spus pe

bună dreptate că medicina nu este doar o profesie, este un mod de a vedea lumea. Medicul nu încetează să fie medic în momentul cînd părăsește spitalul și își dezbracă halatul său. Rămîne același. Dedicat oamenilor. Cultivînd valorile pe care aceștia le-au concentrat în ideea de medic și transferîndu-le, la rîndul său, celor pe care îi formează. Un sfătuitor și un prieten bun.

ÎNTÎLNIREA CU NOICA

Spiritualitatea medicului nu este alta decît cea a omului comun, a celui care a făcut o îndelungată școală. Un om poate mai chinuit însă, pentru că eșecurile sale se măsoară în suferință și moarte. Un om mai îndărătnic, pentru că lupta lui nu încetează nici în clipa în care înfrîngerea îi apare de neînlăturat. Prin cîmpul de referință specific activității sale, medicul primește totuși — a și primit în cursul secolelor — unele trăsături proprii. Ele îi asigură contopirea prin gîndurile sale, prin respirație și bătaia inimii, în gravele probleme ale omului. Tot ele îi conferă stăpînirea de sine și rezistența.

Eseul amplu al lui Constantin Noica („Șase maladii ale spiritului contemporan", Ed. Univers, 1978) schițează prin modelarea la care face apel o insolită implicare în problematica medicinii. Filosoful acceptă, „nu fără un surîs", așa cum mărturisește, sistemul acesteia de identificare a unor entități morbide. Acest „tic" al diagnosticului, de care medicii tind poate să abuzeze — cel puțin așa li s-a spus — îi apare ca o soluție „întru" înțelegerea mai adîncă a omenescului. Și nu doar a omului contemporan, cum ne-a sugerat titlul, ci de fapt a omului dintotdeauna, de la prima treaptă ridicată spre înțelegere. Acceptînd că nu poate fi vorba, în meditația sa, despre o medicină a spiritului omenesc, a ființei (a se citi „gîndirea"), despre *„medicina entis"*, Noica e încercat totuși de ispita conturării unor „orientări" posibile ale spiritului (a se citi „unilateralizări") și acestora le zice „maladii". Folosind o vastă prospectare culturologică, Noica ne demonstrează cum acestea pot handicapa și amenința creativitatea umană, dar în același timp, ele o fertilizează și o ascut: „nu invalidează pe om ca maladiile trupului și ale sufletului ci îi conferă nebănuite puteri". Bolile trupului și sufletului rămîn cele de competența medicinii și ele impun, odată

identificate, aplicarea unui tratament adecvat, chiar dacă sînt în fond intratabile. Bolile spiritului sînt, spre deosebire de acestea, boli ale cunoașterii, ale conștiinței de sine (dacă maladii sînt, n.n.). În sfera lor nu de vindecare este vorba ci numai de recunoașterea lor. Credem că aici se face o despărțire de medicină, aceasta definindu-se în esența ei prin orientarea spre prevenire și vindecare.

Taxonomia lui Noica are în vedere trei repere, trei „termeni ai ființei", cum îi numește: individualul (*tode ti*, în l. greacă), generalul *(katholou)* și determinația *(horoi)*. Fiecare expune la aceleași două alternative comportamentale din partea spiritului: fie adoptarea exclusivistă (subjugarea), fie respingerea (refuzul) termenului. Armonia dialectică și echilibrul gîndirii (al cunoașterii și deciziei) nu sînt însă posibile prin unilateralizări; în această eventualitate naște una sau alta din cele șase maladii. Acestea — apreciază filosoful — nu pot fi acceptate în mod conștient dar nici nu pot fi evitate. Începe atunci chinul gîndirii, suferința, aceasta fiind de fapt „maladia". Din momentul acesta tensionat poate izbucni — nu totdeauna însă! — ideea, noul, descoperirea, creația.

În ce măsură este afectat medicul în demersul său umanist de asemenea curse ale spiritului? Eroarea nefiind voie să fie acceptată, se impun măsuri formative particulare care să ne permită evitarea lor și chiar a riscului lor. Greșeala medicului nu este plătită de el singur și nu atît de el, cît de cel care beneficiază de decizia lui. Cu sau fără conștiința „maladiei" gîndirii sale, strategia elaborată de el, printre nenumărate alternative disponibile, este dăunătoare. Sînt situații cînd intervenția medicului poate perturba — dacă este inadecvată — unele mecanisme homeostatice protectoare pe care le controlează însăși natura. Intervenția medicului poate deveni patogenă: iatrogenia! Personalitatea medicului trebuie dar astfel construită încît spiritul său să fie dotat cu un sistem de alarmă și siguranță, care să-i permită ieșirea din labirint, pentru că rătăcirea sa nu este o chestiune personală ci îi angajează pe alții.

*
* *

Carența individualului atrage ființei umane o suferință pe care Noica o numește *„todetită"*. Ea naște în condițiile excesului de general, posibil și în cazul medicului, prin excesul de teorie. Suferința subiectivă stă în „nostalgia concretului ca înfăptuire măsurabilă". Saturată de legi și teze, spre care ambiționează de secole, medicina tînjește după certitudinea unui rezultat, pur și simplu. Dezamăgită de cunoașterea în general, medicina contemporană s-ar mulțumi cu vindecarea simplă a bolii. Dezamăgirile acumulate în ciuda strădaniilor sale, o împing spre realul imediat. În momentul cînd s-a auzit țipătul de angoasă al medicinii științifice din a doua jumătate a secolului nostru, „înapoi la Hipocrate!", medicina își dăduse seama că drumul spre care s-a îndreptat nu o cruță de eșecuri. Platanii din Cos — revenirea la bolnav! — i-au putut apărea atunci ca un adăpost sigur. „În măsura în care cunoaște, conștiința își mănîncă obiectul", „îl desființează, reducîndu-l la lege", spune Noica. Și citează un dicton născut dintr-o penibilă superbie a omului: *„Fiat scientia, pereat mundus"*. Așadar, știință cu orice preț? Progresul medicinii, fără a ține seamă de prețul plătit, cînd prețul se cheamă viață, se cheamă om? Ipostaza a fost de mult exclusă. Medicina a refuzat pactul de a-și plăti cu astfel de monedă treptele cunoașterii. Malraux spunea: „poate că o viață omenească nu valorează nimic, dar nimic nu valorează cît o viață omenească".

Medicina are o salvare: orientarea sa pragmatică. Ea este inevitabil și indispensabil o știință a concretului. Evadările „în general", nu fac decît să adune premise, materialul teoretic pentru operații imediate, verificabile, măsurabile: a încetat durerea? s-a vindecat bolnavul? Cu astfel de frîne ea nici nu cutează și nici nu poate luneca spre general. Și-a dat de mult seama că de fapt nu are de-a face cu boli, ci cu bolnavi. Strădaniile spre teoretizare rămîn undeva în urmă, stocate în enciclopedii și tratate. La patul bolnavului, medicul, oricît de savant, se concentrează la datele concrete care îi sînt de trebuință pentru a acționa și uită restul. Figura doctorului „tobă de carte", chintesență a teoriei, dar ineficace, este o caricatură care iese din standardele medicinii de calitate. Este adevărat că necesitățile de formare a medicilor presupun acumularea de cunoștințe generale și dezvoltarea raționamentului

deductiv. Erudiția seacă nu poate fi însă concepută. De altfel, aceasta este prevenită prin însuși modul de pregătire a specialistului din acest domeniu, în tensiunea practicii, lîngă bolnav, și nu în sălile bibliotecii sau în laboratorul de experiențe pe animale.

Deviza medicinii științifice este mai curînd „fuga de generalizare". Nu-i lipsesc desigur posibilitățile de standardizare și algoritmizare, care au apărut din nevoia simplificării operațiilor. Computerul poate prelua unele din eforturile logice și integrative ale medicului, competența lui este însă totdeauna strîns circumscrisă la anumite secvențe ale actului medical. Acest act rămîne individual prin excelență, el adresîndu-se unui anumit subiect cu o boală dată, într-un anumit moment al evoluției. Heraclitianul fluviu, care prin curgerea sa necontenită nu ne permite să ne scăldăm de două ori în aceeași apă, devine mai repede și mai schimbător cînd reprezintă boala, mereu alta, mereu altfel, dinamică și imprevizibilă.

Pentru unii semnalul de alarmă a mai putut fi și „înapoi la patul bolnavului". Dar medicina a trăit totdeauna lîngă și pentru bolnav. Dezvoltarea cercetării în epoca modernă s-a impus ca necesitate vitală. Ea nu amenință cu „horetită", cu fuga în general. Să evocăm pe Claude Bernard, un mare om de știință, fiziologul care a deschis orizonturi noi pentru întreaga biologie și care a fundamentat medicina științifică. El a absolvit facultatea de medicină dar n-a fost un medic practician. S-a specializat de timpuriu în știința pe care o va fundamenta, medicina experimentală. Și totuși, nici în acest domeniu nu a rămas izolat în planul teoriei, al generalului, ci și-a orientat investigațiile spre probleme ale clinicii omului, contribuind la scientizarea medicinii.

Constantin Noica vede în medicină un prototip de maladie a carenței de individual, prin unele contradicții dintre performanțe și efectele lor. Sezizînd posibilitățile teoretic date și rezultatele practice obținute, el ne amintește de unele temeri formulate în ultimele decenii: scăderea mortalității infantile ar amenința cu explozia demografică, prelungirea vieții și implicit a bătrîneții, cu degradarea vieții umane. Performanța este planul general, idealul, măsura puterii. Efectul ar putea deveni de la un punct anumit nociv speciei. Invocarea unui savant

distins cu premiul Nobel pentru biologie, Crick (cel care a descoperit, alături de Watson, dubla elice a acizilor nucleici), pentru ideea sa ca „omul să nu mai primească medicamente după 80 ani", nu este probatorie. Soluția problemei nu poate fi aceasta și ea a și fost aspru comentată de lumea medicală. O eugenie a vîrstelor? Aberație ca toate celelalte eugenii încercate și propuse pînă acum. Cît privește explozia populațională, există destule soluții pe deplin și consecvent umane pentru a o controla, acolo unde ea amenință, exemplu fiind politica adoptată de multe din țările în dezvoltare interesate. Medicina va continua să lupte pentru sănătatea noului-născut și pentru prelungirea vieții active.

O dramă fulminantă a medicului, o maladie acută se desfășoară de fapt atunci cînd, fiind în deplina posesie a generalului — cunoaște legități și soluții, calculează prognoze — el nu știe care este alternativa optimă într-o situație concretă dată. A trata sau a nu trata? A da medicamentul X sau Y? A opera sau a nu opera? Întrebări în avalanșă care țintesc soluția cea mai potrivită. Iar dacă dezastrul s-a produs, urmează frămîntările: dacă aș fi operat? dacă n-aș fi operat? . . . Iată o boală a spiritului rezultată din absența particularului, a deciziei aplicate eficient, puternic încărcată cu simțul răspunderii.

Raționalizarea este o cale de înălțare a competenței dar ea nu protejează totdeauna de eșec. Cea mai lucid deliberată strategie poate fi, pînă la urmă, o greșeală. Medicul operează totdeauna cu necunoscute, cu imprevizibil. Generalul rămîne pentru medic un mijloc, nu o țintă.

*
* *

Suferința produsă de lipsa generalului a fost numită *„catholită"* de Noica. Ea ne este prezentată drept o boală spirituală „tipică pentru ființa umană", „torturată de obsesia de a se ridica pe sine la o valabilă formă de universalitate". Desfășurarea s-ar face la două nivele; cu lipsa conștiinței acestei carențe și în prezența ei. Prima variantă este ignoranța patentă, naivitatea, candoarea, iar pe dimensiunea longitudinală a vîrstei, copilăria. A doua definește pe omul ridicat la cultură și prin exce-

lență pe omul de știință. Acesta caută legi și sensuri generale, dar nu le găsește, „nu le poate găsi". Este aici vorba de limitele cunoașterii, de imposibilitatea transcenderii dincolo de balastul de fapte adunate prin truda cercetătorului care mereu tînjește după un orizont mai înalt.

Drama aparține și medicinii, ba chiar aici se multiplică, întrucît ea interferează mai multe științe (fundamentale și aplicate), fiecare avîndu-și impasul său specific din acest punct de vedere. „Maladia" devine mai paroxistică și pentru că medicina este cea mai pasionată dintre disciplinele științifice, cea mai ambițioasă în lupta ei pentru eficiență. Depășirea anecdoticului factologic îi este vitală pentru a putea interveni în combaterea bolii și cu deosebire în prevenirea ei. Știm că previziunea presupune saltul de la accidental la legic, de la experiența empirică la teoria și legea științifică. Cazurile izolate nu reprezintă decît întîmplări oarecare. În stadiile lor de maturitate toate științele construiesc o teorie și presupun legități și cantificări. Medicina a atins această treaptă dar drumul nu i s-a încheiat. Cota de inventică este indispensabilă, vizînd particularul cel mai individualizat, jocul hazardului va fi însă tot mai mult restrîns, pe măsură ce vom adînci cunoașterea noastră generală.

Un exemplu al limitării care ne îngrădește este însăși taxonomia bolilor. Paleta bolilor s-a îmbogățit secol după secol. Multe mai poartă numele descoperitorului sau al bolnavului princeps. Altele constituie doar simple etichetări descriptive, trădînd superficialitatea cunoașterii noastre. Multe sînt clasate drept „idiopatice", pentru că nu le cunoaștem geneza. În cursul timpului au dispărut unele concepte și au apărut altele. Rațiunea a prevăzut uneori „apariții" de acest fel. Sistemul nosografic medical este în parte ca sistemul Mendeleev: păstrează unele căsuțe libere pentru viitoare entități. Exemplul lui C. C. Parhon care a prevăzut existența unei boli prin exces de ADH numită „sindrom hiperhidropexic", prin antimodelare față de diabetul insipid cunoscut de multă vreme (unde există un deficit al acestui hormon) este ilustrativ. Din păcate, în patologia umană, lipsește logica internă a elementelor chimice, și astfel de predicții rămîn prea puține.

Mersul natural al medicinii s-a făcut de la empiric la științific, cu salturi din ce în ce mai grele. Accesul la

înțelesul legic al lucrurilor a devenit tot mai dificil, lovindu-se de pluricondiționare, complexitate, dinamism, fenomene proprii biologiei. Este trecerea la planul biologiei moleculare. Ceea ce altădată putea fi deslușit printr-o reacție în eprubetă sau o observație microscopică, a devenit astăzi dependent de sofisticate tehnici. Să te miri de paradoxul cunoașterii? Au fost făcute testări anatomopatologice: aceeași imagine microscopică, de exemplu, a primit etichetări diferite din partea unor specialiști consultați. Chiar același observator, revăzînd după un timp imaginea, i-a dat o altă interpretare.

Medicul este scutit de riscul speculației teoretice sterile pentru că bolnavul așteaptă, nu-i dă răgaz să evadeze. Ne găsim uneori în situația de „a ști mai mult decît facem" și altădată, dimpotrivă, de „a putea mai mult decît știm". În primul caz, ne lipsește accesul la mijloacele despre care știm din teorie, în al doilea, nu ne putem explica un anume rezultat favorabil pe care îl obținem. Ca să reeditățm succesul nostru, avem însă nevoie de înțelegerea lui. Această plutire în derivă caracterizează cu deosebire medicina empirică, de unde și cota mare de aleator pe care o găsim la ea.

*

* *

Lipsa determinațiilor produce o suferință care a fost numită *„horetită"*. Ea reflectă „exasperarea de a nu putea fi făpturi după gîndul propriu", nevoia de manifestări care să corespundă armonios atît ființei individuale cît și sensului general spre care ținteşte — spune Noica. Este chinul fugii după determinații, o fugă zadarnică însă.

Varianta acută, apreciază filosoful, este ilustrată de Don Quijote și de Faust, dintre personajele livrești de mare forță simbolică. Ea ar constitui maladia neputinței de a găsi manifestările potrivite propriei voințe. În medicină, neputința înseamnă ineficiență. Sînt momentele de mare tensiune, trăite cu deosebire la limita dintre viață și moarte, cînd vrei cu toată puterea să ajuți, vrei să salvezi, dar nu poți, nu găsești modalitatea potrivită. De ce? Poate că știința nu-ți oferă soluție, prin limitare istorică a dezvoltării sale sau prin specificul fenomenului biologic, implacabil. Poate că soluții există dar nu

dispui de ele: inabordabilitate, inaccesibilitate. Poate este o problemă de competență sau de cost. Multe din eșecurile medicului nasc dintr-o criză de „horetită acută", de absență a modalităților de manifestare a spiritului său. Uneori aceasta trece, se uită. De multe ori lasă însă urme. Recidivele pot duce la blazare, la suficiență, dezarmare, resemnare, tocirea sensibilității.

Îți pui însă întrebarea: ai făcut tot ce ai putut? tot ce ține de tine? Atunci, tonusul se menține, echilibrul moral se va întări și altădată vei lupta mai bine, te vei organiza poate mai abil. Este pentru om, pentru binele lui. Eroul lui Dino Buzzati, din „Deșertul Tătarilor", la care Noica face referire, ca la un exemplu de bolnav cu horetită, este dezamăgit de lunga lui așteptare, atacul pentru care el fusese pregătit, educat, format, născut, nu se produce! Dar — observăm — el nu duce nici o luptă, el așteaptă, numai atît, așteaptă. Și pînă la urmă va muri așteptînd. Medicul însă nu așteaptă! El luptă de fiecare dată, dezamăgirile nu-l ucid și nici nu-l dezarmează. De multe ori îl întăresc.

Varianta cronică ar consta în lipsa determinațiilor în care ai sperat lungă vreme. Ai crezut că ai realizat ceva dar îți dai seama că nimic n-ai realizat, zi după zi, an după an... Convingerea ți se destramă cu încetul, nimic spectaculos, totul cu orizont cenușiu de neîmplinire. Nu te poți regăsi pentru că lipsesc înfăptuirile care să te exprime, în care să te poți vedea. Noica îl suspectează pe Pygmalion de un astfel de sindrom născut insidios din revelația că a crezut prea mult în opera sa. Dar medicina, medicii, ce și-au propus și ce au realizat? Mai nici una din prognozele anunțate pentru această ultimă jumătate a secolului nostru nu s-a împlinit la termenul calculat. O ambițioasă încredere în sine a dus la afirmarea soluționării unora din problemele cele mai grave ale sănătății omului. Și predicția nu s-a realizat. Perfecționismul rămîne o tendință. Medicul este același veșnic neliniștit și neîmpăcat. Chiar dacă ai avut succese, spiritul îți poate rămîne narcotizat de eșecuri și de insatisfacție. Atunci, da, blazarea poate naște ca una dintre cele mai pernicioase maladii.

*
* *

Refuzul generalului este etichetat drept *„acatholie"*. Maladia este prezentată ca inerentă epocii moderne, care a putut dezvolta tehnica și a condus la un înalt grad de civilizație. „Trăim sub semnul civilizației, adică în elementul ei, care a devenit a cincea după cele patru mari stihii ale lumii: pămîntul, apa, aerul, focul", spune Constantin Noica. Or, medicina a cunoscut și ea o înflorire extraordinară în evul străbătut de noi. Atracția descoperirii a condus la o orientare tehnicistă, utilitaristă, evitîndu-se evaziunea sterilă, „în general". Medicina, ca toate celelalte științe, refuzînd generalul a reușit să se ridice la treptele epocii noastre tehnice, excavate în granitul realității imediate și nu plutind în atmosfera rarefiată a speculației. Medicina de astăzi este tehnicizată, matematizată, terestră, desacralizată, demitizată...

Obsesia concreteței, singura care îi poate asigura valoare certă, devine o „maladie". Hiperspecializarea ne delimitează competența la felii tot mai înguste, la un organ anume, la o boală. Tehnicizarea transformă pe mulți medici în mînuitori de aparate sau în dispeceri de probleme și de bolnavi. Imperativul acestui „pozitivism", al instrumentarismului, riscă să-l ancoreze însă pe medic într-un plan prea coborît, al empirismului unei epoci civilizate. Ignorarea viziunii integrale în medicină se pedepsește însă. Atenție!

Refuzul idividualului a fost numit *„atodetie"*. În această ipostază a sa, spiritul uman manifestă „nepăsare față de lume și de individual"; interesul se orientează exclusiv asupra generalului. Noica apreciază că o astfel de singularizare este caracteristică îndeosebi culturii asiatice, ea definind fatalismul și putînd fi personificată de sacerdot. Ar putea însă deveni și pentru lumea occidentală o „maladie a culturii", așa cum acatholia a putut deveni o „maladie a civilizației".

Medicina, nu văd cum s-ar putea contamina de un astfel de morb. Bolnavul reprezintă o realitate stringentă. Medicina nu poate fi altceva decît o știință a înfăptuirii concrete. Condamnarea la acțiune o salvează. Cerințele imediate ale cotidianului îi pun plumb în aripi și o împiedică să se piardă în înaltul teoriei abstracte. Amenințată rămîne doar practica medicală neștiințifică, empirismul, sau interpretarea fatalistă care deschide bra-

țele, acceptînd resemnată boala și renunțînd la lupta cu ea. Aici nu este însă vorba de *Medicină*, ci doar de un simulacru al ei, o mimare neștiutoare și stîngace, cînd nu e impostură și șarlatanism. La rîndul ei, nici cercetarea medicală nu se lasă purtată de himere, chiar dacă s-ar părea că se joacă, așa cum se mai impută uneori cercetării medicale zise „fundamentală" sau „liberă", „neorientată". Din aceasta rezultă adesea descoperiri neașteptate al căror sens practic îl descifrăm abia mai tîrziu (un singur exemplu: evoluția de la conceptul teoretic de „antibioză" la arsenalul formidabil al antibioterapiei de astăzi).

Refuzul determinațiilor este numit *„ahoretie"*. Și ea apare ca o maladie eternă a omului. Ea atinge paroxismul în epoca modernă, devenind un alt tragic, al timpului nostru, distinct de cel al antichității, cînd omenirea era subjugată zeilor atotputernici. Existențialismul este acuzat de a-i purta cea mai înaltă flamură: a nu te supune la nimic, a te lăsa purtat de porniri, a nu te preocupa ceea ce ai de făcut. Fenomenul hippy i-ar oferi înfățișarea cea mai dezolantă.

Și totuși, epoca noastră oferă un infinit de modalități de determinații, fiecăruia. Se poate vorbi de o veritabilă „junglă a determinațiilor", amenințătoare prin dificultatea controlului lor. Noica vede în „Clubul de la Roma" o instituționalizare a spaimei față de evoluția tehnico-științifică, spaimă generată de „abuzul de mijloace". Medicina interferează strîns cu toate aceste probleme înnodate în criza civilizației. Ea trebuie să-și aducă contribuția la prevenirea consecințelor nefaste, prin umanizarea civilizației, ceea ce impune inventarea de noi determinații, manifestarea ei mai viguroasă, și nu retragere.

Este adevărat că vîrtejul nebuniei a părut să prindă și medicina. O reacție de neliniște a fost produsă de teza „crizei prin tehnicizare". Un exemplu: abundența actuală de medicamente atrage și un număr crescut de reacții adverse. De aici, tentația farmacofobiei, a naturismului. Pletora de aparatură a fost privită de unii drept paravan interpus între medic și omul bolnav. De unde, teama de dezumanizare. Unii catastrofiști au schițat chiar ideea „iatrectomiei", a refuzului medicinii.

Alarma a fost dată. Dacă „libertatea determinațiilor a apărut un timp ca un triumf" și „cunoașterea științifică s-a extins peste tot și a ridicat vălul de pe toate misterele, sau a pretins s-o facă", așa cum ne amintește Noica, prin această libertate s-a ajuns la „riscurile neființei". Cu adevărat, progresele știute ale fizicii atomice — este exemplul cel mai invocat, peste tot — ilustrează acest impas. Dar medicina? Întîmpină de pe acum dificultăți în rezolvarea unor probleme legate cu deosebire de cele două extreme ale vieții: nașterea și moartea. Genetica și tanatologia modernă sînt în plină restructurare, puțin mai dăinuie din tot ce a fost odată clasic. Explozia farmacologică și explorationistă deschid la rîndul lor alte și felurite probleme.

Medicina nu poate fi cruțată de furtunile spiritului uman. Salturile și căderile ei țin de greșeli de gînd și de acțiune care aparțin omului în general, nu numai ei. Ceea ce o asigură este greaua ei ancoră, o ancoră temeinic prinsă în devotamentul față de om, o ancoră pe care suferința omenească sau spaima de suferință o țin cu toată puterea și disperarea.

Maladiile spiritului descrise de Noica sînt amenințări posibile pentru slujitorii medicinii, dar în același timp, imposibile.

ÎNTRE HAMLET ȘI DON QUIJOTE

Puterea și slăbiciunea sînt, pentru medicină, una: talgerele nedespărțite ale unei balanțe. Uneori prima este cea care atîrnă mai greu și atunci, cu îngăduită superbie ne putem admira opera; mai adesea, păcat, ne simțim însă neputința și zadarnic am vrea să mișcăm muntele din loc.

Este de fapt reală „puterea" medicinii? Antichitatea, cu a ei decentă conștiință a neștiinței, gîndea mai simplu: *„medicus curat, natura sanat"*. Posibilitățile erau prea restrînse iar structura socială nu ajunsese să valorifice organizat preceptele de salubritate care începeau să se ivească. Boala era pentru fiecare problema și destinul lui. Medicina modernă a devenit însă un sector social important, se bucură de atenție la toate nivelele, beneficiază de instituții, este prevăzută cu o cîtime dată din avutul național, fiecare stat își formulează o politică sanitară la realizarea căreia contribuie, cu rol central, sectorul specializat al ocrotirii sănătății. El singur n-ar fi însă de-ajuns. Dacă se vrea, se poate, dacă sînt bani, investiția lor va fi resimțită. Prețul reformelor și mutațiilor în serviciile de sănătate poate fi mic, dar mai deseori este mare. De aici și diferențele stridente înregistrate pe suprafața globului. De aici acel deziderat al unei noi ordini sanitare în lume și speranța „sănătății pentru toți în anul 2.000". O vom atinge? Nu medicina este aceea care va decide, nu știința și „armata în alb". Ea a lansat ideea, ea o va servi. Nu ei i se va datora însă triumful dar nici dezamăgirea. Unde este puterea medicinii?

S-au înregistrat în cursul secolelor, și în particular în ultimele decenii, progrese cu adevărat extraordinare: dispariția pandemiilor și limitarea mai tuturor bolilor transmisibile, vindecarea unui mare număr de boli, cunoașterea a nenumărați factori de risc și consecutiv, programe de sănătate și igienizare a mediului, transplantul de organe, prelungirea artificială a vieții, „mamele surogat", disocierea eroticii de funcția reproductivă etc. etc. În acest fel, medicina a dobîndit efectiv puteri reglatorii asupra unui mare număr de fenomene. Unele au dimensiune individuală, altele socială, ecologică, planetară și chiar cosmică. Nu ne surprinde dacă rolul medicinii, al medicului a crescut mult. El veghează sănătatea omului. A sporit și funcția sa de educator (*„doctor, ris,* l. lat. = dascăl, de la *„doceo, cere, cui, ctum,* = a învăța pe alții, cu participiul *„doctus, a, um* = învățat).

Prezența medicului a devenit poate obsedantă: „medicul vă sfătuiește", „medicul vă propune", „medicul vă atrage atenția" ... O adevărată marotă a restricțiilor de tot felul, medicul devenind un fel de mesager al penitenței. Acuzația de „dictator al umanității" s-a născut ușor. Medicul îndeplinește însă doar rolul unui consilier, el sugerează soluții, libertatea celorlalți de a le accepta sau nu. Revolta față de ceea ce s-a numit „abuzul de medicină" nu are în realitate un temei, e mai mult o reacție patologică, de hipersensibilizare. Noțiunea de „iatrocrație" nu reflectă deloc o constatare, rămîne însă un avertisment. Este adevărat, se îngrădesc unele „privilegii" ale omului, de care el se bucurase timp de secole. Ni se calculează rația alimentară, ni se vorbește despre nocivitatea fumatului, a excesului alcoolic și medicamentos. Medicul ne spune unde să ne petrecem vacanța. Prin consiliul genetic, se interpune între partenerii de viață, invocînd amenințarea dragostei lor pentru urmași. Medicul a devenit astfel un fel de astrolog pe care îl consultăm cu regularitate: pot călători cu avionul? Cum aș mai putea pierde din greutate? cum aș mai putea cîștiga? pot avea copii? Un adevărat oracol. Psihanalistul a luat în multe locuri din lume locul confesorului de altă dată. Stă aici puterea medicinii?

Progresul cunoașterii nu poate fi condamnat. Afluxul de cunoștințe ne conduce dezvoltarea ca ființă umană spre cote tot mai ridicate. Civilizația ne ispitește cu fie-

care performanță la depășirea ei. Această întrecere permanentă cu sine nu poate rămîne însă fără urmări. Limitele biologice de toleranță sînt înguste, puterea și voința de a le depăși sînt măsurate. Omul trebuie de aceea să-și asume răspunderea pentru sănătatea sa, iar dacă este nevoie, să respecte rigoarea normelor de cruțare, mergînd, chiar pînă la asceză. Istoria ne-a învățat că îmbunătățirea condiției social-economice, civilizația nu-s decît o premisă. Boli dispar, boli apar. Abuzul poate deveni tot atît de nociv ca și lipsurile. Bolile societăților evoluate nu sînt mai puțin grave decît ale celor care trăiesc în mari carențe, sînt doar altele. Igienizarea și raționalizarea vieții s-a impus de aceea ca imperativ de mare actualitate. Medicul stă, prin sarcinile lui, într-un punct care interferează toate traiectoriile devenirii omului. Medicodependența preventivă devine necesară pentru păstrarea sănătății, este mai tristă cea impusă de boală. Acordul este unanim: e preferabil să evităm boala decît s-o combatem, e și mai demn, e și mai economic.

Unica și adevărata slăbiciune a medicinii constă în incapacitatea de rezolvare integrală a tuturor problemelor ce i se pun. Rămîn și azi prea multe boli nevindecabile, prea multe fără o cauzalitate precizată. Explorarea, oricît de sensibilă și rafinată, nu este satisfăcătoare în prea multe situații. Numeroase medicamente sînt doar paliative, cu efecte de suprafață. Ne amenință peste tot riscurile. Dacă durata medie de viață a crescut, dacă mor mai puțini nou-născuți, meritul mai mare revine nivelului general de viață, educației și resurselor materiale, nu tehnologiei medicale propriu-zise.

Continuăm să mai fim satisfăcuți și de „modelele" de intervenție medicală pe care le imaginăm, pe care le testăm și le verificăm, pe care le comunicăm în cercurile științifice și le discutăm. Există destule domenii în care știința medicală știe mai mult decît face. E o anomalie? O limitare! Cîte lucruri încă de mult știute au rămas de fapt ignorate. Disocierea dintre planul teoretic („ce se știe") și planul practicii („ce se aplică") este patentă și cunoaște multiple cauze. Răspunde medicul de realitatea ei? Actualizarea cunoștințelor este pentru medic vitală:

în cinci ani se schimbă pînă la 10% din standardele de diagnostic și tratament. În unele domenii conduita trebuie restructurată în mod radical. Noile achiziții difuzează însă uneori prea lent și prea tardiv. Paradoxul „omenirea nu știe ceea ce de fapt cunoaște" rămîne o punere în gardă. Introducerea noului presupune și vehiculul acestui nou, care nu-i curată abstracțiune, ci tehnică, instrument, substanță. Toată drama ecologică modernă este o dramă a agresivității interumane, o reflectare a poziției egolatrice și egocentrice. De ce unii să-i polueze pe ceilalți, de ce intervenția „poliției sanitare" ca să impună o conviețuire armonioasă între o anumită întreprindere și oamenii din jur? Stresul nu este o fatalitate a dezvoltării sociale, e numai un risc. Dar de ce alienarea, într-o lume în care chiar avînd tot ce-ți trebuie te închizi în tine ca într-o singurătate, așteptînd nu știi ce. Ceea ce înseamnă că mai există și problemele sănătății spirituale. Puterea medicului aici se pierde. Societatea este cea care trebuie să-și organizeze și viața de azi și viitorul. Dar, s-a spus că „viitorul este o dimensiune uitată a existenței omului", cum meditează un cugetător care aparține lumii contrastelor. Noi, aici, am acceptat răspunderea acestui viitor al nostru.

Medicul nu a manifestat și nu are veleități de a stăpîni destinele omului. El îl învață doar ceea ce știe iar dacă poate, îl salvează. Rămînem toți niște navigatori cu privirea ațintită spre Nordul nostru. Îl vom atinge? Vom oscila și mai departe între „a ști" și „a putea", căutînd să ne păstrăm echilibrul și, dacă așa trebuie, avînd curajul să acționăm chiar dacă neștiința ne închide ochii.

*
* *

Adevărata problemă, pentru Hamlet, nu era de fapt „a fi sau a nu fi", aceasta l-a ispitit doar într-o clipă trecătoare, cînd se gîndise la sinucidere. Problema lui era: „a răzbuna sau a nu răzbuna", „a ucide sau a nu ucide". În termeni generali, era dar vorba de „a acționa sau a nu acționa". Exact aceasta este drama medicului de astăzi.

El s-a deprins să hamletizeze mai tot timpul: „a trata sau a nu trata", *„to medicate or to meditate"*, „a opera sau a nu opera", „a reanima sau a nu reanima" și tot astfel, în cele mai nebănuite și neașteptate ipostaze. Cînd un șef de spital a dispus aplicarea etichetei *„not to resuscitate"* pe ușa unei rezerve unde se găsea un muribund, a izbucnit un mare scandal de presă. Dilema „a trata sau a ucide", care ar naște în perspectiva gîndului de eutanasie, este respinsă cu oroare. Nuanțele revin în schimb, cu toată încărcătura emoțională a umanității, atunci cînd te întrebi, „a prelungi agonia sau a lăsa să moară"?

Șovăiala hamletiană nu este un simplu efect de teatru. Ea decurge dintr-o luciditate și o moralitate exemplară. De fapt, povestea „răzbunării" a început de la o palidă sugestie: „Tu, duh sfințit sau blestemat strigoi", se adresează prințul Danemarcei către fantoma tatălui său. Lipsea certitudinea: „îmi trebuie dovezi mult mai temeinice decît acestea". Dar medicul, are el totdeauna punctul de sprijin care să-i confere siguranță? Ar trebui să trăiești de mii de ori momentele în care mîna palpînd un „abdomen acut" încearcă să scoată adevărul ca dintr-o cutie neagră, spre a te ajuta să hotărăști: „nu este cazul de operație", fără teama de a greși. Cînd spunem că „mai bine o laparotomie albă decît o așteptare îndoliată", ne gîndim la surpriza pe care am putea-o avea după moartea bolnavului, cînd regretul nu mai ajută pe nimeni. Iar dacă e să imputi ceva, e mai bine s-o faci la masa de operație decît la masa de autopsie (cum se exprima marele chirurg Iacob Iacobovici). De cîte ori trebuie să stai crispat, așteptînd rezultatul operației, atunci cînd ai recomandat-o fără să știi întru totul de ce. Sînt frămîntări care lasă urme. Uneori îți imputi că n-ai operat, mai ales cînd riscurile sînt mari, cînd ai în minte statistici cu moartea evaluată în procente. Accepți riscul intervenției? Alteori îți imputi că ai operat: poate că se rezolva mai bine altfel. Puteai accepta riscul așteptării?

Hamlet procedează metodic, inventează un test, un experiment: care va fi reacția unchiului „bănuit" de omor, față de o scenă de teatru care reeditează întîmplarea povestită de stafia tatălui? Probele și testările sînt

uzuale în practica medicală. Să mai vedem, să mai explorăm, să încercăm un anume remediu, să căutăm comportamentul într-o anumită situație... A acționa sau a nu acționa? Văzînd cum regele se ridică și pleacă după scena otrăvirii jucată de actorii ambulanți, Hamlet îi spune lui Horațio: „pun rămășag o mie de galbeni pe spusele stafiei". Convingerea lui este acum fermă. Hotărîrea e luată. Dar Hamlet a pierdut momentul potrivit. Șansa pe care i-o oferă prezența lui Polonius după perdelele din apartamentul reginei s-a dovedit o biată iluzie. Sabia îl străpunge pe el: „Biet prost... Crezusem că este cineva mai însemnat!". Criza de timp se accentuează cu acest eșec. Urmează expedierea spre Anglia, moartea Ofeliei, disputa cu Laerte și duelul cu el. Timpul lucrează de acum împotriva lui Hamlet. Să-i condamnăm ezitarea? El nu urmărea altceva decît proba. Pe cînd ajunge în sfîrșit să acționeze, era din cauza ostrăvirii ca și mort. „Restul e tăcere"; ultimele lui cuvinte închid capitularea, dar capitularea îl privește numai pe el. Medicul nu și-ar putea încheia demersul în încercarea de salvare a unui bolnav cu aceleași vorbe. Îndoiala lui e mai încărcată de dramatism pentru că amenințarea îl lovește pe altul.

Să decizi, dar cum? Ai la îndemînă criterii? Poți face o ierarhizare a opțiunilor, ai temeiul să selectezi? Drumul spre diagnostic nu este o somptuoasă scară de marmoră, pe care o străbați treaptă cu treaptă. E doar un labirint întunecos și răsucit, care amenință din toate părțile prin curse, care te atrage în înfundături fără ieșire, în care rătăcești fără să ai un fir al Ariadnei, să te poarte la lumină. Toate încercările de potențare a metodelor de euristică a diagnosticului medical rămîn fără putere. Nu-ți rămîne decît să cauți, să te îndoiești, iar hotărîrea, inevitabil, ascunde în ea un risc. Îndoiala medicului se petrece sub semnul neliniștii, al spaimei de greșeală și de urmările ei. Este altceva decît „îndoiala metodică" a gînditorului și cercetătorului care își desfășoară, calm, experiențele sale. Ea poartă încărcătură emoțională, uneori paroxistică, pînă la pierderea încrederii în sine. E o îndoială de-o clipă, de-o zi, avem și îndoieli care se prelungesc mult în timp. Și atunci cauți, urmărești, aștepți.

Dar dacă timpul îți devine ție și bolnavului care ți s-a încredințat un dușman?

Să nu-l condamnăm pe Hamlet pentru ezitările sale.

*
* *

Lupta cu morile de vînt a devenit un simbol trist după lecția primită de Don Quijote. Eroul lui Cervantes era puțin nebun, nu numai gurile rele au spus-o, mai exact era înnebunit de lecturile lui obsedante din romanele cavalerești. S-a rîs mult de întîmplările donquijotești. S-a întrevăzut însă și umanismul generos care se revărsa peste tot din biata minte întunecată. Nu el spunea? „Ține seama, frate Sancho, că nici un om nu prețuiește mai mult decît altul, dacă nu înfăptuiește mai mult decît celălalt". Bun-simț și onestitate! Critica ne-a atras atenția că Don Quijote, monoman la începutul aventurilor sale, își dezvoltă încetul cu încetul întregul său conținut moral extrem de bogat, își pierde caracterul parodic, se curăță de zgura delirului, se purifică și se înnobilează progresiv (Marcelino Menéndez Y Pelayo). „Și atunci nu mai provoacă compătimire, ci venerație."

Este oare, totdeauna, altfel medicul? Multe încercări l-au provocat. Și-a formulat în cursul timpului prea mari veleități. Și pînă la urmă, s-a văzut și el luptînd cu mori de vînt. Mai întîi, fiindcă asta era mai simplu, și-a vîrît în cap să învețe pe oameni cum să-și păstreze sănătatea. Acest delir a debutat în antichitate și a cunoscut mai multe perioade de exacerbare. Probabil că cea actuală e totuși cea mai gravă. Filosofii l-au ajutat, susținînd și ei că viața și sănătatea sînt valorile principale ale omului. Dar dacă omul nu vrea să accepte această ierarhizare? Iată, rotindu-se, morile de vînt. Omul modern, eliberat de amenințările cerului, își îngăduie toate libertățile pe care le-a învățat. Chiar atunci cînd aceste libertăți sînt de fapt niște curse. Există voluptăți în viață și apoi, „*homo sum*...", omul se resemnează să trăiască cu ele. Și cu riscul pe care îl presupun. Crede cineva că vor dispărea vreodată moraliștii? Trebuie să le mai rămînă ceva

de condamnat. A schimba vechi deprinderi nu-i în puterea medicului. A convinge la renunțare, și mai puțin. Datoria lui rămîne: să predice. Iar dacă încearcă să invoce „pedeapsa care va cădea", e și el hulit ca atîția prooroci ai vremilor trecute.

Lupta pentru sănătatea mediului, pentru „ecologie" a fost începută de medic. A devenit însă curînd o problemă politică. Acolo unde nu intervine statul, decis și ferm, recomandările „științifice" rămîn platonism curat și steril. Medicul singur, în fața asaltului masiv care amenință omenirea în aer, pe pămînt și în ape, nu-i altceva decît un alt Don Quijote care își agită brațele zadarnic.

Luptă cu mori de vînt s-a dovedit și încercarea de a pătrunde în intimitatea unor procese fundamentale ale vieții. Rămînem, cu temei, optimiști, privitor la viitorul ingineriei genetice. Înregistrăm unele reușite fascinante, neverosimile, în acest domeniu. Cînd și cum vor fi aplicate la om? Marea rușine a medicinii moderne rămîne mai departe cancerul. S-a făcut enorm, se obțin vindecări efective în nenumărate cazuri. Eforturile extraordinare depășesc însă cu mult tot ce s-a realizat. Sîntem încă în domeniul speranței. Am crezut că am învins microbii. Paul Ehrlich a trebuit să facă mii de încercări în laborator pînă cînd a ajuns la primul preparat activ contra spirochetei, înregistrat sub numărul „606". Căutările lui fuseseră zadarnice pînă la acest punct. Dacă însă le-ar fi întrerupt? O altă aventură donquijotească. Tenacitatea lui l-a salvat. Ne-am bucurat de descoperirea sulfamidei, a penicilinei, a celorlalte antibiotice, multe la număr. Și totuși, sîntem mereu înfrînți în lupta cu microbii. Ceea ce mai avem de învățat este că morile de vînt pot fi oprite, dar nu ținîndu-le de aripi, ci țintind direct la forța care le pune în mișcare.

Toți spunem că „nu-ți poți sări umbra". Și este adevărat, nu poți, în condițiile pe care ți le oferă natura. Un distins medic, demolator de scheme tradiționale, zicea: „Ba poți! Pune un reflector și creează artificial o a doua umbră!". Și iată, medicul aproape ajunge în situația să realizeze imposibilul. Trebuie însă mai întîi să-l încerce.

Și poate că imaginea jalnică a eșecurilor înregistrate de prea bunul Don Quijote se va schimba în cea a cavalerului atotputernic spre care tindea el.

*

* *

Fiecare secol aleargă spre viitor purtînd la șold ambiția sa ca pumnalul într-o rană (sub o interpretare după Ernest Renan). Drumul spre perfecțiune nu poate fi ușor și nici lipsit de piedici. Omul trebuie să-l străbată cu ochii deschiși și cu toată ardoarea voinței sale. Desprinse una de alta, nici mintea, nici îndărătnicia nu sînt de ajuns. Medicului, pentru a-și împlini opera care i-a marcat lui destinul, îi mai trebuie și dragostea de om. Nu numai somnul rațiunii — observa Octavian Fodor — naște monștri... Monștrii se pot naște și atunci cînd adoarme inima. Robert Habermann, într-o poezie închinată magului de la Lambaréné, doctorul Albert Schweitzer, încearcă o definire a „ce înseamnă a fi om", și subliniază un element central: „Pentru a te numi cu adevărat / Om / Trebuie să ai un lucru: / Respectul față de viață!". Este condiția care ne cruță și de îndoiala hamletiană fără măsură ca și de delirul donquijotesc. Erudiție, luciditate, tehnicitate, cu un cuvînt, competență, la care se adaugă încărcătura emoțională tonică, devotamentul față de om, bucuria de a-l sluji. Cu gîndul că tot ce face și tot ce aduce nou pentru om este. Am fost avertizați de Galilei (în piesa lui Brecht) asupra pericolelor la care ne-ar duce o ruptură (e vorba de oamenii de știință, putem include și pe medici aici): „Prăpastia ce-i desparte de oameni poate deveni într-o zi atît de mare, încît strigătul nostru de bucurie stîrnit de vreo descoperire epocală ar putea să nu trezească alt ecou decît un strigăt general de groază". Or, noi am auzit astfel de strigăte față de unii pași ai științei.

De ce oare ne mai tulbură și azi vechea meditație a lui Pascal?: „Omul nu este altceva decît o trestie, făptura cea mai firavă din natură, dar este în schimb o trestie gînditoare. Nu este nici măcar nevoie să se dezlănțuie întregul univers pentru a-l nimici: un abur, o picătură de apă sînt suficiente pentru a-l distruge. Dar chiar dacă universul l-ar strivi, omul ar rămîne totuși mai nobil decît forța care-l distruge, deoarece el știe că moare și este conștient de avantajul pe care îl are universul asupra lui; în timp ce universul nu știe nimic despre toate acestea".

Aproape de noi, Nils Bohr constata: „Sîntem atît spectatori cît și actori în marea dramă a existenței". Ce sînt medicii? Peyton Rous a reușit în 1909 transplantarea unei tumori maligne la un pui, în 1911 a reușit să transfere tumoarea — care îi poartă numele — folosind exclusiv un filtrat acelular, sugerînd pentru prima dată că un virus poate fi factorul cauzal. Tîrziu, în 1966, deci la 55 de ani după formularea „teoriei virale a cancerului", i-a fost decernat premiul Nobel. Meritul său a trebuit să aștepte o jumătate de secol spre a putea fi recunoscut. Vor mai fi și alte așteptări. Importantă e doar descoperirea, important este mersul înainte.

„Vîrstă mare, iată-ne", găsim într-o cronică a lui Saint John Perse.

INSCRIPȚII PENTRU IDEEA DE OM

- Înainte de a fi urcată, fiecare treaptă e un obstacol.
- Nu e destul să te cunoști; „formează-te pe tine însuți!", ar fi cerința vremii noastre.
- Piatra de temelie a personalității se așază în prima tinerețe.
- Împlinirea personalității nu poate avea loc fără comutarea de pe traiectoria zborului de împrumut pe cea a autopropulsării.
- Doar identificîndu-ne mereu cu ceilalți ne aflăm individualitatea.
- Aptitudinea în sine nu valorează nimic. Adevărata valoare este înfăptuirea.
- Orice adevăr descoperit e o poartă deschisă. Ea ne duce însă mereu în fața altora.
- Truda devine voluptate atunci cînd conține satisfacția realizării.
- Să nu încetăm activitatea pe care am început-o decît atunci cînd sîntem siguri de reușita sau de eșecul ei.
- Cine se mai gîndește la asprimea urcușului, atunci cînd a atins un pisc înalt?
- Un îndemn pentru momente grele: rezistă și persistă!
- Înjosirile la care ești supus nu-ți pot altera demnitatea. Ferește-te însă de cele pe care ți le datorezi ție.
- Nu există nici o luptă care să merite a fi cîștigată „cu orice preț".
- Cea mai nobilă bucurie: să oferi bucuria.
- Niciodată nu vom ști să facem totul. Totdeauna să facem însă tot ce știm.
- Grandoarea omului nu stă numai în opera sa, ci și în stăruința de a salva opera înaintașilor săi.
- Viața trebuie astfel construită, încît să devină un eveniment nu doar pentru noi, ci și pentru alții.

- Mîndria este un resort care, dacă este prea mult întins, blochează și cele mai promițătoare elanuri.
- Nu regretul de a nu fi ca alții, ci satisfacția de a fi noi înșine!
- Dacă vrem să fim prețuiți, să socotim dacă am investit ceva de preț în tot ce am făcut.
- Nu de recunoaștere avem nevoie, ci de împliniri.
- Oamenii se bucură de clipele de răgaz, umanitatea numai de salturile înregistrate.
- Nimeni nu crește prin orgoliu și nici nu scade prin modestie.
- Imposibilul îl încearcă îndrăzneții și neștiutorii.
- Cînd nu poți înainta pe drumul larg, caută poteci pe care să te strecori.
- Nemulțumirea de sine biciuiește ca foamea. Satisfacția adoarme.
- Scopuri umaniste nu pot exista dacă mijloacele care duc spre ele nu sînt umane.
- Calea spre perfecțiune trece inevitabil prin nemulțumirea de sine.
- Tentația infinitului a adus omului măreția.
- Admirînd opera altora să nu scădem concentrarea asupra lucrului nostru.
- Forța oamenilor stă în crezul care îi însuflețește.
- Să nu te plîngi cînd îți lipsește ceva, dacă n-ai făcut totul ca să-l obții.
- Entuziasmului trebuie să-i adăugăm rezultatul palpabil, pentru a-i conferi valoare.
- Să învățăm să fim ca stelele: fiecare cu traiectoria sa, fiecare respectînd pe cele din jur.
- Nemulțumirea de sine este fermentul cel mai de preț pentru făurirea ființei noastre.
- Nu poți fi om decît în mijlocul oamenilor.
- Respectul depinde de ceilalți, prestigiul ți-l datorezi ție.
- Conștiința de sine începe prin a-ți descoperi defectele și aptitudinile. Ea trebuie să se constituie însă luptînd cu primele și cultivînd pe cele din urmă.
- Umanismul necesită un neîntrerupt exercițiu.
- Inteligența fără bunătate ar însemna condamnarea omenirii.

• Nu succesul, ci reușita să fie îndemnul pentru tot ce facem.
• Nu-i destul să facem ceva, se cere înțeles și sensul acțiunilor noastre.
• Progresul asimilează permanențele dar nu poate fi redus numai la ele.
• Perfecțiunea nu este o haltă ci doar un punct de fugă spre care drumul nostru tinde, mereu neîncheiat.
• Spiritualitatea este arderea proprie ființei umane, idealul este focul care o întreține.
• Confortul nu-i pentru spiritele active.
• Cînd ești învestit cu un simbol, ai o singură datorie: cutezanța.
• În anii tinereții te poți mulțumi să te lași purtat de marile idei ale timpului. Cu vîrsta, trebuie să-ți controlezi însă bine direcția de mers.
• Îndeplinim mai mult cînd știm că se așteaptă mult de la noi.
• Cultura este și ceea ce am reușit să devenim noi înșine.
• Originalitatea nu este un scop ci un rezultat.
• Consecvența nu-i decît îndrăzneală verificată.
• La mijlocul vieții te interesează mai puțin ce fac alții și mai mult ce îți rămîne ție de făcut.
• Sentimentul măreției proprii nu-l încearcă decît cei ce se confruntă cu oameni mărunți.
• Să căutăm nu laude ci prețuire.
• A trăi fără un ideal înseamnă a trăi fără viitor.
• Nu „mărirea" ci „măreția" omului s-o visăm!
• Dacă fiecare zi ar fi o împlinire a minții sau a mîinii noastre, am trăi într-o lume de bogății.
• Măsura vîrstei stă pentru noi înșine în satisfacții, pentru ceilalți, în realizări.
• Demnitatea însumează răspunderea față de sine și respectul față de alții.
• O singură credință va fi totdeauna justificată: credința în om și în perfectibilitatea lui.
• Supraviețuim doar în măsura în care am trăit efectiv: atestarea o vor face lucrurile rămase de la noi.
• Fără latura etică, umană, inteligența devine o mașină de calculat.

• Fiecare zi e un nou început, cu fiecare ne putem relua viața, îndreptîndu-ne cu înțelepciunea pe care am cîștigat-o.
• Ne cheltuim prea adesea mai mult în dorința decît în efortul de a ajunge.
• Măsura valorii tale n-o poți dobîndi decît în confruntare.
• Savantului nu-i este propriu aerul de cuceritor. Căutătorii sînt modești. Aroganța este un blazon al „conchistadorilor".
• Viața se trăiește sau doar se consumă.
• A fi înseamnă a împlini.
• Să ne judecăm cu sinceritate și să ne cultivăm cu încăpățînare!
• Cea mai mare satisfacție derivă din realizările efective și cea mai mare bucurie este de „a lăsa o urmă".
• Dacă ai ajuns să zbori, atunci mai bine să fii stăpînul propriului tău zbor și să nu fii purtat de alții.
• În viață începem totdeauna prin a fi sprijiniți, dar ajungem momentul cînd trebuie să înaintăm singuri.
• Orice idei trebuie verificate mai înainte de a fi acceptate.
• Nimeni nu-și poate proclama valoarea; ea rezultă singură, din etalonări care se fac numai din afară, de alții.
• Ca să descoperi, nu este de ajuns să te plimbi: trebuie să forezi.
• Ce-ți mai rămîne dacă drumul ți se închide într-un perete abrupt? Încearcă să-l spargi sau urcă-l, săpîndu-ți treptele cu dinții! Numai după aceea renunță.
• Ne împăcăm cu noi înșine dacă ne cerem numai atît cît putem.
• Pasiunile se revarsă ca o apă mare, fără alegere. Rațiunea singură trasează diguri.
• Umanismul este și speranță în om.
• Specializare cît mai strictă în profesie și universalitate în cultură!
• În cunoaștere să tindem spre adevărurile adevărate. Iluziile ne-au costat prea mult.
• Secretul competenței la acest sfîrșit de mileniu este să știi totul despre puțin.

• Mai ales să nu ne lăsăm furați de accidental!
• Cine își risipește timpul, se sacrifică pe sine.
• Avem nevoie de multă energie ca să învingem piedicile. Dar și de forță pentru a depăși succesele.
• Viața nu trebuie privită ca o datorie; ea este bucuria cea mai mare: de a-ți împlini datoriile.
• Filantropia se măsoară, omenia se prețuiește.
• Obții încrederea celorlalți doar rămînînd consecvent cu tine. Pentru că reacțiile tale nu surprind, ci te confirmă.
• Nu-ți afli individualitatea decît identificîndu-te mereu cu ceilalți.
• Rostul făcliei nu e să ardă, ci să lumineze.
• A-ți păstra demnitatea înseamnă a n-o leza pe a celorlalți.
• Trebuie să iubești îndeajuns pe cineva spre a-i spune adevăruri care dor.
• Pilonii progresului ar fi fost prea puțini dacă omenirea s-ar fi lăsat pe seama geniilor.
• Răspunderea crește enorm atunci cînd oferim altora un model.
• Lasă pe alții să-ți elogieze meritele, tu păstrează-ți sentimentul de răspundere din care generează ele.
• Măreția oamenilor stă în faptele lor. Și gîndul devine însă fapt, cînd îl cedezi celor din jur.
• Dragostea este dăruire și deci curajul renunțării la sine.
• Răspunderile numai atunci sînt înțelese, cînd apasă ca un jug și nu cînd împodobesc ca o dantelă.
• Există un confort periculos: a trece mereu nereușitele pe seama altora.
• Necunoașterea ascute spiritul, ignoranța îl amorțește.
• Demnitate în fața morții nu poți avea decît știind că viața pe care ai trăit-o a servit la ceva.
• Umanismul înseamnă respect și dragoste față de om; de omul umanizat, nu de antropoidul care se refuză unui astfel de demers!
• Drama omului a început atunci cînd nu s-a mai mulțumit să contemple ci a vrut să înțeleagă.
• Angajarea nu este osînda celor care acceptă să se dăruiască, ea este răspunderea tuturor.

• Prea adesea trăim dominați de problemele noastre, uitînd cota ce ne revine de adăugat la tezaurul umanității.
• Din topirea sunetelor unui număr de instrumente, într-unul singur, rezultă armonia orchestrei.
• Ne găsim echilibrul doar ținînd seama de toate datoriile: față de trecut și viitor, față de noi înșine și umanitate.
• Dragostea de sine se împletește cu răspunderea de sine și cu respectul față de alții.
• A fi om înseamnă în primul rînd conștiința că aparții unui grup de oameni.
• Cînd te-ai izolat în grilajul eului tău, ai încetat să exiști pentru lume.
• Viteza devine cu adevărat o calitate numai dacă timpul cîștigat va servi la ceva.
• Sentimentele sînt în fond o problemă intimă. Esențial rămîne modul cum se reflectă ele în jur.
• Dreptul de a gîndi devine un înalt privilegiu dacă este luat ca o datorie.
• Nimic mai urît și mai lipsit de grație ca răutatea.
• Într-o orchestră nu toți instrumentiștii pot fi vioara întîi. Fiecare trebuie să cînte însă ca o primă vioară.
• Suferința s-o închidem în noi, bucuriile să le împărțim cu alții.
• Elogiile, chiar meritate, mai mult obligă decît măgulesc.
• Politețea este treapta elementară a respectului. Iubirea — cea supremă.
• O singură cheie a competenței: rămîi la locul tău și fă numai ceea ce știi!
• Un singur preludiu al izbîndei: lupta.
• Medicina modernă îndrăznește să forțeze barierele naturale ale vieții intervenind sigură de sine (și s-ar părea, orgolioasă) asupra genezei acesteia și asupra morții. Aici se trăiește însă drama ucenicului vrăjitor.
• Dilemele sînt multe, sensul umanist al gîndului și acțiunii noastre rămîne reperul care ne orientează.
• Dacă e nevoie, să arzi; dar să faci și tu o lumină.
• Inteligența nu valorează nimic dacă se cheltuiește în gol.

- Ce înseamnă putere de muncă fără munca însăși? sau aripile fără de zbor?
- Ceea ce ne dă satisfacții adevărate nu sînt laudele, ci prețuirea pentru ce am înfăptuit.
- Ca să ne cucerim victoriile noastre, nu-i nevoie să împiedicăm pe alții să și le dobîndească pe ale lor.
- O conștiință împăcată cu sine e unul din marile daruri ale vieții.
- După interesele care ne leagă, norma morală constituie cel mai puternic adeziv social.
- Omul este fapta, nu vorba lui.
- Incapacitatea ne apasă mai greu decît o infirmitate: pentru că n-o putem justifica.
- Conștiința este cîmpul de luptă cel mai frămîntat.
- Chiar dacă nu ne sporește valoarea, blîndețea ne face mai bogați.
- E bine cînd bucuria pe care ai oferit-o cuiva n-a izvorît din obligație. De două ori mai bine, dacă n-a fost din interes.
- Omul nu poate fi altceva pentru semenii săi decît un om: un om adus la dimensiunile la care are dreptul prin istoria sa frămîntată!
- Cînd ai o strîngere de inimă în fața suferinței, e garanția că vei încerca tot ce se poate ca s-o alini.
- Subiectivismul otrăvește legăturile dintre oameni.
- Să nu lăsăm să moară gîndurile curate. Să nu le ucidem cu suspiciunile și veleitățile noastre.
- Nu dobîndești strălucire umbrind pe alții.
- Consecvența este un puternic liant social: așa a devenit un stabilizator în viața omenirii.
- Cînd te găsești pe o plută cu alții, nu ai de ales: ori ajungi cu ei toți la un țărm, ori te scufunzi împreună cu ei.
- Albert Schweitzer punea înălțimea morală deasupra oricărei valori, ca unic criteriu al demnității și libertății.
- Prefer liniștea bolnavului și anxietatea medicului său, nu invers.
- Cancerofobia trebuie să o combatem la bolnavi dar s-o cultivăm la medicii lui.
- Eticul este partea nevăzută a unui aisberg, juridicul — doar ce se vede la suprafața apei.

- Nu poți deveni cu adevărat „mare" dacă nu te sprijini pe propria-ți valoare.
- Soclurile ridicate de alții nu permit decît false ascensiuni.
- Trainică nu-i decît învățătura transmisă la cald, cu emoție și cu teama de a nu reuși: un transplant viu de gînd și sentiment.
- Respectul poate ține loc de afecțiune.
- Nu „război al tuturor împotriva tuturor", cum s-a spus, ci „dragostea tuturor revărsată asupra tuturor!".
- Pentru a putea da ajutor, nu e de ajuns o mînă caldă: trebuie să fie și puternică.
- Cînd ai o armă în mînă trebuie să știi nu numai s-o descarci, ci mai ales cum să nu faci rău.
- Cînd a spus „noi", omul a intrat pe porțile infinitului: a descoperit atunci umanitatea.
- Timpul mai ales atunci dobîndește preț, cînd îți lipsește.
- Strădania noastră este gratuită dacă nu mișcă ceva din loc.
- Frumusețea zilei te întristează dacă nu ești mulțumit cu ce-ai făcut din ziua care trece.
- Etica este intrinsecă tuturor actelor noastre, ea nu poate fi disociată de gîndirea și strategia acțiunilor pe care le întreprindem.
- Suferințele ar trebui combătute mai înainte de a se dezvolta.
- Medicina și artele se întîlnesc prin finalitatea lor umanistă, într-o dragoste de om continuativă, unică.
- Medicii au primit gustul echilibrului și al frumosului prin opțiunea lor pentru sănătatea și viața semenilor lor.
- Medicina este prin definiție un demers estetizant, după cum boala este prin ea însăși antiestetică.
- Medicina este arta de a aplica știința conservării și redobîndirii sănătății.
- Elaborarea unui diagnostic este o operație prin excelență singulară: ea nu se poate reedita în serie și nici nu poate fi pe deplin axiomatizată.
- Tehnica rămîne un prețios ajutor dar nu este echivalent al creativității umane nici în variantele sale cele mai sofisticate.

• Între datoria profesională (a interveni!) și responsabilitate (prudență, dacă nu abținere!) medicina trăiește azi multe momente de cumpănă.
• Marii dascăli au fost totdeauna și iluștri savanți. Pedagogii meschini și limitați n-au reușit în schimb să dobîndească un statut în știință.
• Ucenicia pe lîngă un maestru adevărat creează în egală măsură pe educator și pe cercetător. Aici stă perenitatea școlii.
• Pedagog cu adevărat nu poți fi dacă știința pe care o transmiți a fost învățată exclusiv din cărțile altora.
• Ca să introduci pe tineri în secretele științei, se cere să contribui tu însuți la edificarea ei.
• Circumscrierea exclusivă la experiențele din laboratorul tău și impenetrabilitatea la nevoia de cunoaștere a celor din jur nu-s decît semne penibile de individualism.
• Istoria ne-a arătat că într-o „lume nebună-nebună" nu toți oamenii sînt cuprinși de nebunie.
• Totdeauna s-au făcut împotriviri față de „rinocerizare" și de multe ori lupta a putut fi cîștigată.
• Cînd treptele evoluției te-au ridicat la statutul de om, nu-ți mai poți îngădui să redescinzi în subsolul istoriei.
• Medicul este unul din acei luptători care nu disperă și nu cedează, care păstrează cît pot din frumusețe și bucurie.
• Tinerilor pe care îi formăm trebuie să le cerem numai atît cît pot da: să le oferim însă tot cît avem noi.
• Prea multe lamentări pentru lacunele cunoașterii. Prea puține pentru nevalorificarea cunoștințelor pe care le avem.
• Nu vom atinge înălțimea pe care ne-o dorim ca oameni, decît ținîndu-ne toți mînă de mînă.
• Nemulțumirea de sine este cel mai comun mod de a-ți face autocritica.
• Istoria avea nevoie de un Hipocrat. De aceea opera sa a continuat să fie scrisă sute de ani după moartea lui.
• Istoria ne-a convins de necesitatea unui al șaselea simț: simțul integrării interumane.
• Cînd aștepți, ai numai ce ți se oferă.

• Cultura este aerul pe care toți îl respirăm în labirintul muncii noastre de fiecare zi.
• Cultura e un dar al istoriei. Ea ne aduce cele mai de preț amintiri din trecutul omenirii.
• Gîndirea incoerentă e ca un năvod găurit: toată munca se dovedește zadarnică.
• Bucuriile pot izbucni și spontan. Fericirea trebuie însă totdeauna construită.
• Luați-i omului cultura: i-ați luat aerul pe care îl respira.
• De la potențialul nativ la omul de valoare, drumul e foarte lung și cu surprize.
• Și cea mai mică baltă reflectă stelele ei.
• Prin fiecare din noi trece osia lumii întregi.
• Experiența trăirilor noastre trecute nu-i nici necropolă și nici tezaur arheologic: o rădăcină vie care leagă ieri cu azi.
• Multe mituri nu sînt decît niște adevăruri simple pe care nimeni nu le-a luat în seamă pînă cînd nu s-au învăluit în legendă.
• Dincolo de cădere — neantul, dincolo de zbor — infinitul.
• Arta ne ajută să ne descoperim și să fim noi înșine.
• Vocația artei este vocația umanismului pentru că iubirea de frumos întregește dragostea de om.
• Fără dragoste, de ce să cauți, de ce să zbori, de ce să respiri? Viața e dragoste!
• Omul are nevoie paroxistică de certitudinea progresului.
• Nu toate gîndurile ne sînt prieteni: ca și pe ei, trebuie să le alegem bine.
• Regretul este un impozit pe greșelile comise: obligatoriu, dar prea adesea fără nici un folos.
• Fragilitatea biologică poate fi atenuată prin tărie morală, nu însă anulată.
• Nu putem recunoaște dreptul de a disprețui înălțimile, decît celui care le-a cucerit.
• Un singur păcat al unei firi oneste, face mai mult zgomot decît o sută ale unui păcătos recunoscut.
• Nu numai cine a scăpat de înec se teme de apă.
• Cumințenia este o virtute pe care mulți o pierd tocmai cînd ar avea mai multă nevoie de ea.

• Nimeni nu-i destul de puternic ca să-şi permită să uite cîtă forţă are.
• Să avem înţelepciunea de a accepta şi jocul fără miză, de a ne angaja şi în lupte care nu ne pot aduce nimic.
• Prestigiul dirijorului nu ţine de podiumul pe care stă aşezat, ci de talentul lui.
• În existenţa noastră, mai rar ne compunem noi rolul şi mai deseori îl acceptăm. Totdeauna ne aparţine însă frumuseţea jocului.
• Mila poate consola, deseori jigneşte, niciodată nu vindecă.
• Nu poate exista o mîndrie de a fi suferit, există însă una de a-ţi fi păstrat demnitatea în suferinţă.
• Dacă n-ar fi şi nădejdi înşelate, nu ne-am mai bucura de cele împlinite.
• Dragostea cuprinde multă toleranţă dar şi tot atîta exigenţă.
• Nu ne putem plăti visele şi nici cumpăra fericirea.
• Timpul n-a făcut niciodată confuzie între valoare şi impostură.
• După ce-ai cunoscut strălucirea lumii, cum să mai poţi îndura întunericul?
• Omul are nevoie de blîndeţe, omenirea de fermitate.
• Numai cine se raportează la personalităţi mărunte trăieşte sentimentul „măreţiei" sale.
• Complimentele jignesc atunci cînd nu le meriţi.
• Politeţea nu este aservire ci demnitate.
• E tot atîta eroism în umilinţă, cîtă lăsitate în orgoliu.
• Ostentaţia nu convinge pe nimeni, pentru că superioritatea nu este afirmare ci recunoaştere.
• Dacă floarea de colţ ar creşte la marginea drumului, ca păpădia, n-ar mai fi atît de preţuită.
• Regretul este cel mai blînd impozit pe greşelile comise.
• Nu totdeauna reuşita unora înseamnă eşecul celorlalţi.
• Bătrîneţea se desfăşoară în trei registre: ca istorie naturală (senescenţa), ca involuţie (senilitatea) şi ca valoare (senectutea).
• Viteza nu este însăşi performanţa, ci doar una din condiţiile ei.

• Absurdul face parte din viaţa noastră. Nu-l recunoaştem însă decît izbindu-ne de el.
• Încrederea acordată fără acoperire s-a dovedit un risc. Omul a plătit mult pentru acest adevăr.
• Aversiunea reprezintă un toxic perceptibil de la distanţă.
• Cine caută interese înapoia oricărei vorbe de bine, n-a cunoscut prietenia.
• Dragostea care nu sacrifică nimic nu-i dragoste.
• Blîndeţe în vorbă şi rigoare în decizii, nu invers!
• Frica uneori te apără, alteori te ucide.
• Tăria alpiniştilor nu stă în frînghia ce-i leagă, ci în conştiinţa că pieirea unuia poate fi pieirea tuturor.
• Orice strîmtoare are undeva şi ieşire.
• Nici un zbor nu poate fi imaginat fără o temelie sigură.
• Înşelînd mereu, ajungi să te înşeli şi pe tine.
• Substituirea ideii prin cifră nu-i numai confort şi exactitate, ci şi pericol pentru civilizaţia noastră.
• Un singur adevăr este absolut: toate adevărurile sînt relative.
• Dramele se desfăşoară în interiorul nostru, tragediile în afară.
• Optuziunea face casă bună cu ignoranţa şi exclude candoarea.
• Bunul-simţ este opaiţul omenirii: lumina lui nu bate departe, dar oferă siguranţă.
• Experienţa se poate măsura în numărul izbînzilor sau al cicatricilor adunate.
• Neîncrederea macină şi pietrele de moară.
• Laudele gratuite sînt nişte calomnii disimulate.
• Spiritul de omenie se apreciază în raport cu ceilalţi, nu cu noi înşine.
• Prea mult ne silim să cîştigăm aprobarea celor din jur şi prea puţin ca s-o meritäm.
• Prea multe adevăruri trebuie mereu redescoperite. Este ceea ce ţine omenirea pe loc.
• Vidul interior se suportă mai greu decît singurătatea: pentru că nu te ai alături nici măcar pe tine.
• Tăcerea este de aur numai cînd ascunde un gînd preţios. Tăcerea goală nu-i însă decît o biată tinichea.

• Nimeni nu-i destul de puternic ca să-și permită să uite cîtă forță are.
• Să avem înțelepciunea de a accepta și jocul fără miză, de a ne angaja și în lupte care nu ne pot aduce nimic.
• Prestigiul dirijorului nu ține de podiumul pe care stă așezat, ci de talentul lui.
• În existența noastră, mai rar ne compunem noi rolul și mai deseori îl acceptăm. Totdeauna ne aparține însă frumusețea jocului.
• Mila poate consola, deseori jignește, niciodată nu vindecă.
• Nu poate exista o mîndrie de a fi suferit, există însă una de a-ți fi păstrat demnitatea în suferință.
• Dacă n-ar fi și nădejdi înșelate, nu ne-am mai bucura de cele împlinite.
• Dragostea cuprinde multă toleranță dar și tot atîta exigență.
• Nu ne putem plăti visele și nici cumpăra fericirea.
• Timpul n-a făcut niciodată confuzie între valoare și impostură.
• După ce-ai cunoscut strălucirea lumii, cum să mai poți îndura întunericul?
• Omul are nevoie de blîndețe, omenirea de fermitate.
• Numai cine se raportează la personalități mărunte trăiește sentimentul „măreției" sale.
• Complimentele jignesc atunci cînd nu le meriți.
• Politețea nu este aservire ci demnitate.
• E tot atîta eroism în umilință, cîtă lașitate în orgoliu.
• Ostentația nu convinge pe nimeni, pentru că superioritatea nu este afirmare ci recunoaștere.
• Dacă floarea de colț ar crește la marginea drumului, ca păpădia, n-ar mai fi atît de prețuită.
• Regretul este cel mai blînd impozit pe greșelile comise.
• Nu totdeauna reușita unora înseamnă eșecul celorlalți.
• Bătrînețea se desfășoară în trei registre: ca istorie naturală (senescența), ca involuție (senilitatea) și ca valoare (senectutea).
• Viteza nu este însăși performanța, ci doar una din condițiile ei.

• Absurdul face parte din viața noastră. Nu-l recunoaștem însă decît izbindu-ne de el.
• Încrederea acordată fără acoperire s-a dovedit un risc. Omul a plătit mult pentru acest adevăr.
• Aversiunea reprezintă un toxic perceptibil de la distanță.
• Cine caută interese înapoia oricărei vorbe de bine, n-a cunoscut prietenia.
• Dragostea care nu sacrifică nimic nu-i dragoste.
• Blîndețe în vorbă și rigoare în decizii, nu invers!
• Frica uneori te apără, alteori te ucide.
• Tăria alpiniștilor nu stă în frînghia ce-i leagă, ci în conștiința că pieirea unuia poate fi pieirea tuturor.
• Orice strîmtoare are undeva și ieșire.
• Nici un zbor nu poate fi imaginat fără o temelie sigură.
• Înșelînd mereu, ajungi să te înșeli și pe tine.
• Substituirea ideii prin cifră nu-i numai confort și exactitate, ci și pericol pentru civilizația noastră.
• Un singur adevăr este absolut: toate adevărurile sînt relative.
• Dramele se desfășoară în interiorul nostru, tragediile în afară.
• Optuziunea face casă bună cu ignoranța și exclude candoarea.
• Bunul-simț este opaițul omenirii: lumina lui nu bate departe, dar oferă siguranță.
• Experiența se poate măsura în numărul izbînzilor sau al cicatricilor adunate.
• Neîncrederea macină și pietrele de moară.
• Laudele gratuite sînt niște calomnii disimulate.
• Spiritul de omenie se apreciază în raport cu ceilalți, nu cu noi înșine.
• Prea mult ne silim să cîștigăm aprobarea celor din jur și prea puțin ca s-o meritățm.
• Prea multe adevăruri trebuie mereu redescoperite. Este ceea ce ține omenirea pe loc.
• Vidul interior se suportă mai greu decît singurătatea: pentru că nu te ai alături nici măcar pe tine.
• Tăcerea este de aur numai cînd ascunde un gînd prețios. Tăcerea goală nu-i însă decît o biată tinichea.

• Fiecare victorie cu prețul său, fiecare înfrîngere cu cîștigul său.
• Gradele ar trebui nu să adîncească ci să șteargă distanțele dintre oameni.
• Dacă o părticică din durerile oamenilor s-ar întoarce asupra celor care le provoacă, omenirea ar fi fost scutită de multă suferință.
• Cel care a răbdat de sete știe să prețuiască apa.
• Problema nu este dacă aripi sau plumb îi trebuie omului de știință. El are nevoie de amîndouă. Greu este a cunoaște momentul potrivit pentru fiecare.
• Savantul este un om de știință dublat de gînditor.
• A te baza numai pe ce ai învățat de la alții ar însemna triumful mediocrității.
• Să lupți, să învingi e o tentație. Cînd n-avem siguranța victoriei, ne rămîne voluptatea luptei.
• Medicul este singurul luptător care se angajează în lupte de al căror eșec este sigur.
• Cu un condamnat nu se cuvine să vorbești despre eternitate.
• Disperarea este adesea o antecameră a resemnării.
• Ne jucăm de multe ori cu viața și pe urmă ei îi imputăm dezamăgirile noastre.
• Oscilăm ca un pendul între azi și mîine. Și totuși, nu sîntem noi măsura timpului.
• La ce servește plînsul, dacă nu l-ai putut evita.
• Mereu învățăm că știm prea puțin.
• Să învățăm a ne privi și cu ochii altora.
• Poți fi pus în lumină și prin focuri de artificii. Niciodată însă nu vei străluci.
• Omul nu-i numai ceea ce pare și nici ceea ce își propune. Mai poate fi și ceea ce reușește.
• Luptă cît poți și pentru tine și pentru alții. În apărare, bazează-te însă în primul rînd pe tine!
• Multe din marile descoperiri au început printr-o mirare. Dar a fost mirarea unui savant.
• Nimeni nu-și poate stabili rația de bucurie și de durere. Acceptînd una, nu putem evita nici pe cealaltă.
• Înțelepciunea? a ști să navighezi spre țelul urmărit fără busolă, fără catarg și — dacă trebuie — chiar fără barcă.
• Zborul se învață dar cu aripile te naști.

• Pactul faustic s-a dovedit o eroare: fericirea nu se cumpără și nici nu se poate întemeia pe o pură plăcere.
• Mulți au crezut că zborul înseamnă totdeauna libertate.
• Eșecurile sînt trepte inevitabile spre reușită. Dar reușita nu se poate baza numai pe eșecuri.
• Știința este contactul mărunt cu necunoscutul iar filosofia este privirea de la înălțime.
• De cele mai multe ori în viață avem de ales nu între „bine și rău", ci între „bine și mai puțin bine", sau între „rău și mai puțin rău". Or, astfel de nuanțe, nu totdeauna omul le poate distinge.
• Fără zbor, fîlfîitul de aripi al păsării nu înseamnă nimic.
• Nu-i destul să te agiți dînd din mîini, ca să scapi de înec: trebuie să plutești.
• Omul de știință rămîne inevitabil subiectiv față de descoperirile sale. Doar știința poate fi obiectivă.
• Omul moare stingîndu-se blînd. Fiarele mușcă mîna care le mîngîie.
• Aș vrea să fiu ferit de inculpările nedrepte căci pe cele meritate le evit eu singur!
• Să nu uităm că există situații cînd și mîngîierea devine durere.
• Spaimele noastre ne aparțin, mai ales cînd noi sîntem vinovați de ele.
• Ignoranța este inexperiență umană, candoarea — o inexperiență care îți aparține numai ție.
• Credința s-a dovedit o condamnare sigură la eșec.
• Între speranță și deznădejde să așezăm încrederea.
• Oricît ne-am dezvolta inteligența, ea rămîne tributară rațiunii noastre primare, biologicul. Să-l respectăm deci.
• Cugetînd ne dăm seama că adevărul este de fapt suma unor erori relative.
• Astăzi omul nu se mai lasă dus de amăgiri. Vremea apostolilor a trecut de mult.
• Cu cît oamenii se mîndresc mai mult cu tine, îi iubești mai mult.
• Omul modern are un respect sporit față de propria-i persoană. Nu-l vedem acceptînd baladesc „moartea

mioritică“ și nici așteptînd smerit, fără să se ia la trîntă cu destinul.

- Nu ne dăm seama că respirăm aerul decît atunci cînd ne lipsește.
- Înțelegem mai bine suferința cînd o cunoaștem.
- Puterea este ca un zid: te apără dar te și îngrădește.
- Conștiința morală este partea cea mai frumoasă a conștiinței umane: ea te face să dai totul, chiar atunci cînd nu primești nimic.
- Ambiția ar trebui să fie nu drog ci tonic pentru fiecare din noi.
- Oamenii, ca și drumurile: prea adesea se întîlnesc ca să se despartă.
- Dogma este o haină de zale în care se îmbracă ignoranța.
- Jnepenii ne învață cum se poate supraviețui marilor vînturi: te răsucești în tine și te prinzi temeinic, prin zeci de rădăcini, de matca unde te-ai născut.

PLEDOARIE PENTRU SPERANȚĂ

Existența dată, boala apare ca un factor perturbant, dimensionat uneori la limite extreme: nonexistența. Reacția omului, fie naturală și naivă, fie elaborată și mult sofisticată, este aceeași, luptă din toate puterile pentru redobîndirea sănătății. Scopul este realizat în cele mai multe cazuri; mai ușor, mai greu e lucru secundar. Sănătatea rămîne însă de multe ori condiționată de un program dat pentru toată viața: e nevoie atunci să te obișnuiești a trăi cu boala, păstrîndu-ți echilibrul care să mai asigure un sens vieții tale. Vicisitudinile care o grevează pot fi neglijabile, dar pot fi și grele; e nevoie atunci de eroism. Și iată, perspectivă a orizontului iremediabil închis, moartea îți poate apărea — absurd — în față. Oricînd, oricum, omul tinde să depășească momentul de criză, mereu schimbînd deznădejdea pe nădejde. Cînd lupta e pierdută, totul devine liniște. Dar pînă atunci?

Omul a încetat să mai caute un sens natural al vieții, pentru că acesta nu i s-a dat o dată cu viața, el însuși a trebuit să inventeze acest sens. Și totuși, ne mai pune pe gînduri o cugetare ca aceasta, a lui Vasile Bogrea, un mare suferind și un mucenic al chirurgiei timpului său: „Tragedia omului nu stă în faptul că trebuie să moară, ci în faptul că s-a născut ca să moară“. Fenomen natural, îl accepți. Filosofii și poeții au stăruit mult cugetînd la moarte. Să credem în sinceritatea vorbelor lor? A medita la moarte și a trăi moartea în iminența ei sînt două ipostaze cu totul diferite. Ce frumos ne vorbește Lucrețiu despre accepțiunea morții: „Democrit care-a ajuns la adînci bătrînețe, / Cînd a simțit că i se pierde din suflet aducerea-aminte, / Singur, de voie-n spre moarte mergînd, al lui cap îi întinse“. Micul detaliu al vîrstei marelui filosof pare să ne clarifice însă asupra dispoziției în care se putea găsi el. Dimensiunile sufletești ale ne-

ființei, iată-le în versurile lui Rilke: „Mare e moartea peste măsură. / Sîntem ai ei cu rîsul în gură / Cînd, arzătoare, viața ne-o credem în toi, / Moartea, în miezul ființei plînge în noi“ (în traducerea lui L. Blaga). Presentimentul morții a devenit o mină de aur pentru poezie. Eminescu o accepta ca o nouă dimensiune a personalității: „Nu credeam să-nvăț a muri vreodată“, Blaga încerca o nostalgică voluptate, cugetînd la ea: „... ascult cum crește-n trupul tău sicriul, / sicriul meu, / cu fiecare clipă care trece, / gorunule din margine de codru“. Arghezi concepea moartea baladesc, o lua drept jocul „de-a v-ați ascunselea“ sau o contempla stăpînit: „N-au mai rămas prea multe de-nvins și de știut. / Șoseaua se strîmtează, cărările se-mbină. / Le simți apropiate din ce în ce mai mult...“. Ba pare că-i devine chiar o ispită: „S-apropiem vecia mai repede de noi“. Dar Nichita Stănescu? cîtă blîndețe în mîngîierea lui: „Nu-ți fie frică de moarte, / adu-ți aminte de cum erai / înainte de a te naște. / Așa vei fi și după ce vei muri“.

Omenește, devii altul cînd ești pus la zid. Speranța rămîne de aceea o forță extraordinară, pe care medicina a învățat s-o valorifice încă de mult. Ea n-a făcut de altfel decît să țină seamă de învățăturile marilor spirite. Eschil o propunea ca imperativ: „Viața se cere prelungită cu înalte speranțe“. Plinius cel Bătrîn cristalizase acel extraordinar concentrat de forță interioară: „*dum spiro spero*“, cît respir (trăiesc), sper. La fel au gîndit și modernii. Dostoievski observa că „este necesar să crezi în ceva, să crezi în cineva“. Oscar Wilde își îngăduia o extrapolare: „poți spera în orice, pentru că viața însăși este o speranță“. Camus, în meditațiile sale din „Ciuma“ observa: „un bolnav are nevoie de blîndețe, îi place să fie sprijinit de cineva, cum e și firesc“.

Medicii au înțeles necesitatea acestui sprijin. A. Paré își exprima astfel gîndul său: „Bolnavului trebuie să-i dai totdeauna speranță, chiar dacă semnele morții sînt multe“. Celsus făcuse o analiză mai apropiată, scriind: „Totdeauna este potrivit să mărim încrederea bolnavilor, pentru a se trudi numai trupește, nu și cu sufletul“. Mai aproape de noi, s-a spus: „Lasă bolnavului grav totdeauna speranță“ (W. Klussman), „Cine vrea să trateze bolnavi, trebuie să fie optimist“ (Bier), „Medicul este omul care-i

îngăduie omului să spere“ (C. L. Entralgo), „Este suficient să-i iei unui om încrederea în viață“ (...) pentru a-l desființa pur și simplu din punct de vedere omenesc“ (M. F. Léchat).

Boala alterează în multiple planuri armonia existenței, pe care medicul este chemat apoi s-o restabilească. Intervenția lui presupune combaterea bolii prin mijloace specifice ei și concomitent, reechilibrarea psihică. Sădirea speranței devine una din preocupările sale de bază, ea constituind principalul resort prin care bolnavul este atras, cu rol activ, în acțiunea de redobîndire a sănătății. De multe ori este nevoie de ceva mai mult decît de psihoterapie: de reorganizarea a însăși concepției și strategiei de viață. Ar trebui să vezi suferința bolnavului și să percepi durerea o dată cu el, ca să-i poți înțelege reacția față de boală, gîndul și sentimentele sale. Medicii care au avut o experiență personală de bolnav, se îmbogățesc cu o nouă dimensiune a personalității. Unul din cei care au scris subliniază că impactul bolii este și la medic comparabil cu cel de la nemedici. Aceeași senzație de izolare, frustrarea, teama, anxietatea, descurajarea, vîrtejul interior provocat de aceleași întrebări, repetate: „de ce eu?“, „de ce chiar acum?“, „de ce o astfel de boală?“. În condiții de acest gen se poate învăța că nu atît lucrurile mari, ci mai ales mărunțișurile devin, fiecare, de extremă importanță. Viața de bolnav presupune o permanentă așteptare — a unui rezultat, a unui sfat, a unui medicament, a evoluției spre sănătate. Fiecare moment se resimte, interior, ca un joc brutal între neliniște și speranță, între disperare și curaj.

Medicul n-ar reprezenta pentru Petronius (în Satyricon) altceva decît consolarea sufletului. Consolarea este și ea o speranță. Înveți, de pildă, să trăiești cu o boală cronică. Te-ai consolat? Speri ca evoluția să fie favorabilă, ca boala să nu se agraveze, să nu survină complicații, să tolerezi medicamentul luat. Sînt atîtea boli despre care știm că nu pot fi vindecate. Ne mulțumim atunci să putem viețui cu ele. O resemnare? Un mod de a privi viața. Echilibrul poate fi redobîndit pentru ca ulterior să fie confirmat de refacerea sănătății sau cel puțin de convingerea că boala poate fi — sub o formă — tolerată. „Știți ceva care vindecă bolile cardiovasculare?“ Este ade-

vărat, pentru multe din ele nu știm. Întrebarea a fost pusă de un oncolog, deci de un specialist confruntat cu o boală ireductibil progresivă și fatală dacă nu este surprinsă în faza curabilă. În prezent, vindecarea cancerului a devenit însă și ea o realitate, de unde tendința de a se atenua semnificația de condamnare la moarte, pe care o avea mai demult. Te tratezi, ești bine, iată certitudinea, ajungi să uiți de boală, și poate nici n-ai știut despre ce anume a fost vorba.

Istoria medicinii este de fapt o secvență de momente aduse de speranța în progres la o temperatură înaltă, care alternează însă cu prăbușirile dezamăgirii. Fiecare contribuție nouă a deschis un alt orizont pentru om, dar multe din ele se dovedesc pînă la urmă doar simple iluzii. Progresul se realizează cu greu, pe seama unei cote destul de modeste, care se confirmă drept valori, din toată mulțimea căutărilor însuflețite de speranță. Tehnologia extraordinară a prezentului ne face să trăim paroxistic speranța: diagnostice de mare finețe făcute în stadii lezionale cu adevărat de început, metode care pot explora în profunzime organismul, markeri ușor accesibili unei explorări simple, posibilități efective de rezolvare terapeutică în atîtea condiții care ne depășeau odinioară. Un inventar al tuturor acestor tehnici în care investim cu toții speranță nici n-ar putea fi făcut. Ca să nu uităm nici „imposibilul": speranța prelungirii vieții prin congelare, în așteptarea unui alt viitor, mai generos cu sănătatea și cu viața oamenilor. Conservarea vieții prin tehnica crionică este și ea o speranță, chiar dacă ea convinge un prea mic număr de persoane. Remediile tip „placebo" au fost din vechi timpuri o speranță, ca atunci cînd se prescria apă distilată pură, în formule ermetice, folosind de patru ori aceeași prescripție, în termeni diferiți. Dar și sugestia acționează prin speranța pe care o induce.

Participarea bolnavului la actul vindecării este în cele mai multe cazuri de mare importanță. Ea se bazează pe încredere; și aceasta tot prin speranță acționează. Este mai greu dacă se blochează canalul de comunicare. Iată-l pe Picasso, într-o criză de boală, anxios, sumbru și agresiv (cum îl descrie Hélène Parmelin): „Mi-e destul de greu și cu mine singur... Ce-or fi tot vrînd doctorii cei

mai buni, cu sfaturile lor cele mai bune? Să mă lase în pace, nu cer nimic mai mult". În astfel de situații bunăvoința nu poate ajuta, stăruința devine o agresiune. Trebuie să cunoști limitele intervenției tale. Dispoziția se modifică însă în timp.

Problema devine mai dramatică atunci cînd depresia își face cuib în inimă. Atunci moartea este cea care devine o speranță. Iată-l pe Paul Gauguin, într-o scrisoare din Tahiti, către prietenul său Monfreid: „... și cum sănătatea mea îndreptîndu-se dintr-o dată, nu mai puteam spera să mor de moarte bună, am vrut să mă omor". Sinuciderea e și ea un atribut al vieții conștiente de sine, se pare că animalele ne-umane n-o înfăptuiesc, altele fiind impulsurile care duc în cazul lor la acceptarea morții. Acest act, considerat prea simplu drept „autodistrugere", se situează în unele statistici pe locul IX în cauzele de mortalitate. Motivația sa este foarte heterogenă, s-au diferențiat mai multe „modele" decizionale. Oricum am privi, dacă nu este vorba de un autosacrificiu voit, este sigur o criză depresivă. Aceasta poate ține de boală (boli psihice!) sau de strategia existențială proprie. Se poate ajunge într-adevăr într-un impas fără ieșire, nici o perspectivă de mai bine, nici o șansă de viitor acceptabil. Analiza lucidă poate fi însă revizuită prin schimbarea viziunii, prin introducerea unor noi elemente în raționament. Foarte semnificativ este faptul că studiile postmortem găsesc o scădere substanțială a metabolitului principal al serotoninei (5—HIAA) în creier. Concluzia axiologică „nici un sens pentru a trăi" poate decurge, așadar, dintr-o pură alterare biochimică în celulele corticale. Suicidarul trăiește la limita puterii omenești momentul lipsei de speranță. Acesteia i se mai adaugă încă ceva: refuzul situației și forța de a decide și a împlini gîndul. Putem deduce și un alt mod de a defini omul, față de cele multe, știute: omul este un animal care speră!

Setea de viață este proprie oricărei ființe și omului i-a impulsionat cele mai variate modalități de afirmare. Să ne amintim de unchiașul Colas Breugnon al lui Romain Rolland, cînd căzuse bolnav: „Sus, voinice! Un împărat roman nu moare, dragă Colas, cu șezutul pe saltea. *Sursum corda!*" Voința de a trăi are nevoie de o încăr-

cătură emoțională și de o justificare. Speranța este implicită în ambele.

„Mai știi să rîzi?" E o întrebare pe care o pui cîteodată unui bolnav fixat în suferința sa. Zîmbetul care se schițează, drept răspuns, este semnalul că speranța nu i s-a topit încă.

În lupta pentru sănătate și viață trebuie uneori acceptat riscul. Riscul nu trebuie privit ca tribut, el este și un drept (așa îl interpreta J. J. Rousseau). Dar riscul este înainte de toate, speranță. Numai cu acest gînd se înfruntă amenințarea. Așa pot fi înțelese evadările în absurd: incantațiile, descîntecele, implorările către forțe supranaturale, magia, messmerismul și altele de același tip, cu tămăduitorii siguri de sine, șarlatanii, impostorii etc. Greu tribut a trebuit să plătească omenirea — și continuă s-o facă, regretabil — acestei exploatări cinice a unor speranțe credule. Încercărilor sterile ale neștiutorului care se lasă amăgit de miraje fără nici un temei, li se potrivește caracterizarea făcută speranței de Shakespeare, în Nevestele vesele din Windsor, „un cîine de vînătoare fără armă". Adulmecări numai, fără posibilitatea de a prinde ceva. Speranța devine aici o cursă.

Ca medici, nu-l putem crede pe Cezar, cînd spune (în campania din Egipt), „cel ce nu speră nimica, nu poate deznădăjdui niciodată". Să nu uităm că el însuși a forțat în mai multe rînduri destinul și cînd a rostit „*Allea jacta est*", trecînd Rubiconul, era condus de nădejdea victoriei. Ochiul gînditorilor antici s-a oprit îndelung asupra legăturii dintre speranță și salvare. Găsim undeva: „*Una salus victis, nullam sperare salutem*" (o singură salvare pentru cei învinși, să nu mai spere nici o salvare). Este o invitație tranșantă la resemnare, la acceptarea implacabilului, a inexorabilului, a iremediabilului. Plautus, totuși, concepe: „*Spem teneo, salutem amisi*" (mi-a rămas speranța, salvarea am pierdut-o). Ca medici știm bine: speranța este șansa noastră de viață, șansa noastră de viitor. Fără ea, încetează orice putere de luptă. Speranța este singurul remediu împotriva disperării. Ne trebuie însă punctul de sprijin pe care s-o putem înălța, lucru greu și de multe ori imposibil. Naufragiatul înoată însă, oricît ar fi de departe de țărm, cît timp poate, deși orizonturile sînt vide și nici o șansă de salvare nu se vede.

La viață nu se renunță de bunăvoie. Să lăsăm omului speranța...

Saint John Perse ne oferă o imagine de dimensiuni cosmice în cîteva versuri din „Exil": „Totdeauna a fost acest vuiet, această splendoare totdeauna... Totdeauna a fost acest vuiet, această măreție totdeauna... Totdeauna a fost acest vuiet, această frenezie totdeauna" (trad. A. Rău). I-am mai putea asocia un gînd: totdeauna a fost acest vuiet, această speranță totdeauna.

Dacă speranță n-ar fi, nimic n-ar fi...

SUMAR

1. *Laus medicinae* 5
2. Medicina şi sănătatea 17
3. Treptele genezei 22
4. Mutaţii ale personalităţii medicului de astăzi . . . 35
5. Condiţia raţional-ştiinţifică a actului medical . . . 41
6. Dimensiunea umanistă a medicinii 52
7. Spre mai adînci înţelesuri 67
8. Condiţia artistică a actului medical 76
9. Preţul sănătăţii 82
10. Decizie şi responsabilitate în actul medical . . . 89
11. Medicina între performanţă şi risc 96
12. Medicina şi umanizarea civilizaţiei 102
13. Sistemul medic-bolnav 108
14. Adevărul pentru bolnav? Acela care îl ajută! . . .
15. Medicina şi dreptul la o moarte omenească . . . 123
16. Eutanasia ca provocare 135
17. François Rabelais, „doctor în medicină" şi hohotele lui pantagruelice 146
18. Molière şi păcatele medicinii preştiinţifice 157
19. Van Gogh şi obsesia sănătăţii 166
20. „A la recherche du temps perdu" şi limitele medicinii pe vremea lui Marcel Proust 178
21. Un moment tragic: medicii care au ucis umanitatea . 186
22. Ciuma ca simbol 196
23. Eradicarea variolei pe Terra, un succes încă nereeditat 204
24. Sănătăţii, ofrandă muzicală 214
25. Modalităţi de neutralizare a factorului subiectiv în cercetarea clinică 225
26. Condiţia umană a medicului 235
27. Întîlnirea cu Noica 243
28. Între Hamlet şi Don Quijote 254
29. Inscripţii pentru ideea de om 264
30. Pledoarie pentru speranţă 279